81

22500450954

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr P. BERGER
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

Dr A. CARTAZ
Secrétaire
de la rédaction.

Dr H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine
Médecin des hôpitaux.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, BALZER, BARBE, BARTH, J. BEX, BRINON (DE), BROCA, CAMPENON, CART, CAULET, CHAUFFARD, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, DELBET, DESCOURTIS, DREYFUS-BRISAC, DUFLOCQ, MATHIAS DUVAL, FAUCONNIER, FREDERICQ, GALLIARD, GALLOIS, GARNIER, GILBERT, GIRAUDEAU, GRANCHER, GUINON, HACHE, HANOT, HENNEGUY, HOLMAN, HOLSTEIN, R. JAMIN, E. JAVAL, JULLIEN, KUHF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, DE LAPERSONNE, LEFLAIVE, LELOIR, H. LEROUX, LION, LUBET-BARBON, LUC, LYON, MATHIEU, MAUBRAC, MERKLEN, MOSSÉ, NICOLAS, ŒTTINGER, OZENNE, PARISOT, CH. PÉRIER, L.-H. PÉTIT, PORAK, PRENANT, REMY, J. RENAUT, RETTERER, RICHARDIÈRE, RICHELOT, RICKLIN, ROHMER, SANTI (DE), SCHWARTZ, SÉNAC-LAGRANGE, SIREDEY, F. TERRIER, THIBIERGE, THOMAS, TISSIER, WALTHER, WINTER.

VINGT ET UNIÈME ANNÉE

TOME XLII

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1893

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

SOMMAIRE DU N° 3

TOME XLII

ANATOMIE.

Cerveau, *Schaffer*, *Alezais*, *d'Astros*, 1. — Ganglions sympathiques, *Vas*, 2. — Nerfs, *Dogiel;* nerf vague, *Holm*, 3.— Calices gustatifs, *Lenhossek*, 4 ; *Arnstein*, 5. — Nerfs de l'estomac et de l'intestin, *Muller*, 5. — Nerf auditif, *Geberg*, *Ayers*, 6. — Nerf tibial, *Askanazy;* muscle, *Tourneux;* clasmatocytes, *Ranvier*, 7. — Peau, *Behn*, *Spalteholz*, 8. — Endothélium, *Schwartz*, 9. — Vaisseaux sanguins, *Ranvier;* glandes cutanées, *Heidenhain;* grains acidophiles, *Tettenhamer*, 10. — Corps vitellin, *Henneguy*, 11. — Hyaloïde, *Ranvier;* pigment, *Winckler;* valvules du cœur, *Gilbert*, *Roger*, 12. — Œil, *Graeff;* rétine, *Dogiel*, 13. — Glandes thyroïdiennes, *Chantemesse*, *Marie*, 15. — Glandes buccales, *Barner;* muscles de l'intestin, *Klecki*, 16. — Trous du crâne, *Grosse*, 17. — Vertèbres, *Hughes;* osselets mentonniers, *Mies*, 18. — Dent, *Ellenberger*, *Baum*, 19.

PHYSIOLOGIE.

Perception des couleurs, *Chauveau*, 19. — Bruit respiratoire, *Zanfrognini;* répartition du sang, *Mall*, 20. — Densité et capacité respiratoire du sang, *Sherrington*, *Copeman*, *Meyer*, 21 ; *Meyer*, *Œrtel*, *Menicanti*, 22. — Sang peptonisé, *Fredericq;* fonctions de la rate, *Malassez*, 23. — Goût, *Zuntz;* sécrétion salivaire, *Wedensky;* sens de l'effort, *Waller*, 24. — Sécrétion stomacale, *Jurgens*, *Hirsch*, *Livon*, 26. — Glycogénie et diabète, *Lépine*, 26; *Chauveau*, *Kaufmann*, 27. — Excitation électrique, *d'Arsonval;* récurrence nerveuse, *Fromont;* de la calorification, *Dubois*, 28. — Glandes thyroïdiennes, *Gley*, *Phisalix*, *Moussu*; respiration placentaire, *Butte*, 29. — Mérycisme, *Lemoine*, *Linossier*, 30.

CHIMIE MÉDICALE.

Suc gastrique, *Mizerski*, *Nencki*, *Kellog*, 30; *Cavallero*, *Riva-Rocci*, *Langermann*, 31. — Processus chimiques intestinaux, *Jakowski*, 31. — Recherche de la bile, *Jaksch*, *Vitali*, 32. — Elimination de l'azote, *Noorden*, 33. — Oxalurie, *Abeles*, 34. — Ferments du sang, *Kobert*, 35. — Dosage du sucre, *Seegen*, 36. — Méthémoglobine, *Dittrich*, 37. — Urine dans l'état puerpéral, *Cann*, *Turner;* urine de la cirrhose, *Aiello*, *Solaro;* lait, *Liebermann*, *Székély*, 38. — Dosage de l'arsenic, *Baeckstrœm*, *Neher*, 39. — Réaction du soufre, *Emich;* exsudats, *Bernheim*, 40. — Cocaïne, *Kuborne;* pus tuberculeux, *Debraye*, *Legrain*, 41.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Inflammation, *Grawitz*, 41. — Cancer, *Delépine*, 42; *Ruffer*, *Galloway*, *Plimmer*, 43; *Soudakewitch*, 44; *Spronck*, 45; *Török*, *Metchnikoff*, *Muller*, 46; *Muller*, 47; *Stiles*, 48. — Ochronose, *Hansemann*, 48. — Coagulation de la fibrine, *Hauser*, 49. — Artérites, *Lancereaux;* aortite, *Oddo*, 50. — Lésions nerveuses, *Kahlden*, *Nikiforoff*, *Strœbe*, 51 ; *Huber*, 52 ; *Marinesco*, *Wollenberg*, *Achard*, 53. — Névrome, *Arnozan*, *Meslet;* centres corticaux, *Hosel*, 54. — Spirales des bronches, *Gerlach;* pneumonie, *Kohn*, 55 ; *Kahlden*, 56. — Leucocythémie, *Muir*, 56. — Hépatite, *Lewine;* choléra, *Kuskoff*, 57 ; *Fraenkel*, *Simmonds*, *Leyden*, *Litten;* concrétions, *Genersich*, 58. — Hyaline, *Ernst;* atrophie musculaire, *Roth*, 59. — Variole, *Chiari;* amputations congénitales, *Renard*, *Osmont*, 60. — Kystes coccygiens, *Mallory*, 61. — Actinomycose, *Nasse;* tuberculose du pancréas, *Pallier*, 62.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Fistule d'Eck, *Hahn*, *Masen*, *Nencki*, *Pawlow*, 63. — Plexus cœliaque, *Trambusti*, 64. — Diapédèse, *Engelmann;* asphyxie, *Cavazzini;* brûlures, *Reiss*, 65. — Immunité et vaccination, *Eiérard*, *Demoor*, *Massart*, 66; *Sanarelli*, *Charrin*, *Bonaduce*, *Kruse*, 617; *Turner*, *Kanthack*, 68. — Electricité et lumière sur les bactéries, *Kruger*, *Raspe*, 69. — Bactéries mobiles, *Kluge*, *Marpmann;* bacilles de l'air et du sol, *Rossi*, *Sanfelice*, 70. — Tuberculose,

Helman, *Bujwid*, 72; *Kostenitsch*, *Wolkow*, 73; *Maurel*, 74; *Ketel*, 75; *Rœckl*, *Schütz*, *Lydtin*, 76. — Streptocoque, *Pasquale*; choléra, *Dunham*, 77. — Grippe, *Teissier*, *Roux*, *Pittion*, *Pfuhl*, 78. — Coqueluche, *Ritter*, 79. — Pneumocoque, *Issaeff*, *Pansini*, 80. — Choléra, *Dunham*, 80; *Lazarus*, *Rekowski*, 81; *Canon*, *Lazarus*, *Pielicke*, 82; *Uffelmann*, 83; *Klemperer*, *Viquerat*, 84; *Krannhals*, *Voges*, 85; *Brieger*, *Wassermann*, *Kischner*, 87. — Rage, *Bombicci*; érysipèle, *Roger*, 88. — Charbon, *Serafini*, *Enriquez*; *Maurel*, 89; *Frank*, *Lubarsch*, 90. — Morve, *Bonome*, *Vivaldi*, *Tedeschi*, 90. — Putréfaction, *Zumpft*, 91. — Fièvre typhoïde, *Weyland*, *Germano*, *Maurea*; tétanos, *Courmont*, *Doyon*, 92; *Behring*, *Schuetz*; bacille gazeux, *Wolch*, *Nuttal*, 93. — Phlegmon, *Fraenkel*, 94. — Vibrion avicide, *Bruhl*; suppuration, *Lucet*, 95.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Elixir de Garus, *Cadéac*, *Meunier*, 96. — Seigle ergoté, *Gruenfeld*, 97. — Chloralose, *Lacaze*, *Goldenberg*; pental, *Kossa*, *Neumann*, 98. — Sulfonal, *Kast*; trional, *Schaefer*, 99. — Aconit, *Aubert*; curare, *Lebell*, *Vesescu*, 100. — Baryte, *Pilliet*, *Malbec*; fluorures, *Brandl*, *Tappeiner*; diaphtérine, *Rohrer*, 101. — Alumnol, *Heinz*, *Liebrecht*, *Chotzen*, 102. — Gelsemium, *Cushny*; condurango, *Perret*, 103. — Hyoscine, *Vergez-Honta*; losophane, *Descottes*; tension artérielle, *Lauzéral*, 104. — Morphinomanie, *Hitzig*, *Plessner*, 105. — Empoisonnements : par l'oxyde de carbone, *Saint-Martin*, *Gréhant*; le mercure, *Letoux*; le phosphore, *Lilienfeld*, 106. — Venin de vipères, *Kaufmann*, 107.

THÉRAPEUTIQUE.

Lésions du cœur, *Sée*, 108; *Œfele*, 109. — Transfusion, *Geelmunden*, *Puglièse*, 109; *Ziemssen*, 110. — Cardine, *Hammond*; injections pulmonaires, *Troisfontaines*, *Philippe*, 110; *de la Jarrige*, 111. — Tuberculose, *Albu*, *Fuerbringer*, 111; *Alexander*, 112. — Pneumonie, *Lara*, 112; pleurésie, *Runeberg*, *Parsons*; gastrite, *Ewald*, 113. — Bicarbonate de soude, *Jawein*; ulcère gastrique, *Fleisser*, *Stern*, 114. — Cirrhose du foie, *Ferreira*, *Sior*; diurèse par le calomel, *Bexelius*, 115. — Typhus, *Combemale*, *Gaudier*; fièvre typhoïde, *Puritz*, *Loranchet*, 116. — Rhumatisme, *Erlanger*; choléra, *Klebs*, *Manchot*, 117; *Korach*, *du Mesnil*, 119. — Goutte, *Haig*; calculs rénaux, *Stewart*; ostéomalacie, *Sternberg*; courants électriques, *Biraud*, *d'Arsonval*, 120. — Cocaïne, *Wells*; morphine, *Condamin*, injections de suc testiculaire, *Depoux*; *Brown-Séquard*, *Kahn*, *d'Arsonval*, *Onimus*, 121. — Ataxie, *Hirschberg*, *Hammond*, 122.

HYGIÈNE.

Exercices, *Dupuy*; vaccination, *Janssens*, *Stubbe*; hôpitaux, *Schumburg*, 123; *Raths*, 124. — Hygiène urbaine, *Bechmann*, 124. — Eau potable et eau d'égout, *Arens*, 125; *Grandke*, 126; *Uffelmann*, 127; *Weyl*, *Schipiloff*, 128. — Désinfection, *Sanarelli*, 129; *Budde*, *Guttmann*, *Falk*, *Otto*, 130. — Inhumations, *Brouardel*, *Du Mesnil*; falsifications alimentaires, *Hehner*, 131; *Ambuehl*, 132. — Lait concentré, *Cassedebat*, 132; *Thœrner*, 133. — Lait stérilisé, *Nencki*, *Zawadzki*, 134. — Aliments et boissons, *Langermann*, 135; *Gassend*, 136. — Pain d'épice, *Pouchet*, *Riche*; tuberculose, *Bard*, 137. — Maladies professionnelles, *Paté*, 138; *Remonchamps*, *Rieder*, 139; *Kurrer*, 140; *Brandt*, 141. — Asphyxie, *Laborde*, 142.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies du système nerveux, *Sepilli*, *Remak*, 143; *Hirsch*, 144; *Lichtheim*, *Pitres*, 145; *Delépine*, *France*, 146; *Williamson*, *Michailowski*, 147; *Maigre*, *Spitzka*, 148; *Valentini*, *Eulenburg*, *Grasset*, 149; *Bruhl*, *Soupault*, *Charcot*, *Cramer*, *Mann*, 150; *Rosenblath*, 151; *Oppenheim*, *Gerhardt*, *Senator*, *Bernhardt*, 152; *Machol*, 153; *Fürstner*, *Huchard*, *Mathieu*, 156; *Bristowe*, 157; *Cochez*, *Vic*, 158. — Tuberculose, *Dreyfus-Brisac*, *Bruhl*, 158; *Verneuil*, 159. — Actinomycose, *Boyce*, 161. — Maladies de l'appareil respiratoire, *Comte*, *de Bavière*, *Jakowski*, 162; *Didier*, *Grenier*, 163. — Maladies de l'appareil vasculaire, *Lœwitt*, *Schultz*, 164; *Muller*, 166; *Berwald*, *Hilbert*, *Martin*, 167; *Luchsinger*, *Bard*, *Muller*.

168. — Maladies de l'appareil digestif, *Matthes*, *Robin*, 169 ; *Hoppe-Seyler*, *Kuhn*, 170 ; *Hanot*, *Debove*, *Soupault*, *Laveran*, *Pansini*, 171 ; *Lelion*, *Eisenlohr*, *Brunet*, 172 ; *Brissaud*, 173 ; *Levy*, *Rolleston*, *Harold*, 174 ; *Tait*, 175. — Actinomycose, *Schlange*, 175. — Fièvre typhoïde, *Gasser ;* cristaux dans les fèces, *Leichtenstern ;* filaire, *Linstow*, 176. — Scarlatine, *Jeanselme ;* septicémie, *Blum*, 177. — Fièvre méditaréenne, *Bruce ;* choléra, *Guttmann*, 178 ; *Kossel*, *Remike*, *Wolter*, *Guttmann*, *Hunnius*, *Ratjem*, *Fielitz*, *Wallichs*, *Rumpel*, *Bethe*, *Simmonds*, *Deycke*, 179 ; *Fraenkel*, *Vincenzi*, *Girode*, *Doltz*, 180.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Prurit vulvaire, *Seeligmann*, 189. — Endométrite, *Mariantchik ;* déchirures du périnée, *Pozzi ;* suppurations pelviennes, *Terrier*, *Michaux*, 190. — Ovarite, *Petit ;* arthrites puerpérales, *Budin*, 192. — Kystes de l'ovaire, *Monod*, *Boursier*, 193. — Myomes utérins, *Cornil*, 193 ; *Bœckel*, *Péan*, *Kœberlé*, 194 ; *Apostoli*, 196. — Déciduome, *Gottschalk*, 197. — Eclampsie, *Jaccoud*, *Pinard*, *Gueniot ;* délivrance *Canglia*, 199. — Inertie utérine, *Remy*, 200. — Dystocie, *Etienne*, *Remy*, *Vallois*, 201. — Grossesse extra-utérine, *Walter*, *Sippel*, 202. — Rupture utérine, *Fehling*, 203.

MALADIES DES ENFANTS.

Dentition, *Chaumier*, *Magitot*, *Pamard*, *Séjournet*, 203 ; *Mueller*, 204. — Hémiplégie, *Baginsky ;* méningite, *Meusi*, *Carbone*, 205. — Craniectomie, *Zeller*, *Kurz*, 206 ; *Miller*, *Willard*, *Lloyd*, 207 ; *Sonnenburg*, 208. — Paralysie syphilitique, *Moncorvo*, 208. — Sclérose, *Moncorvo*, *Meusi ;* hémihypertrophie, *Titanus*, 209. — Arthrogrypose, *Mugdan*, 210. — Anémie, *Monti*, *Berggrün*, 211 ; *Mya*, *Trambusti*, 212. — Hystérie, *Bardol ;* chorée, *Triboulet*, 212 ; *Breton*, *Guillemet*, 213. — Oreillons, *Antony*, 213 ; *Bézy*, *Rendu ;* syphilis du foie, *Delbet ;* rhumatisme, *Céry*, 214. — Fièvre typhoïde, *Sallis ;* respiration de Cheyne-Stokes, *Bullard ;* Herpès, *Fournier*, 215. — Empyème, *Poore ;* fractures, *Power*, 216. — Tumeurs blanches, *Broca ;* spina bifida, *Sulzer ;* ganglions, *Poore*, 217. — Ouraque fistuleux, *Delagénière ;* vulvite, *Strogonoff*, 218.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Traités, *Chatelain*, *Brocq*, *Jacquet ;* hydrosadénites, *Dubreuilh*, 219. — Dermatite, *Brocq ;* érythèmes, *Hutinel*, 220. — Dermatite, *Juhel-Renoy*, 221. — Maladie de Paget, *Darier*, *Couillaud ;* eczéma, *Kromayer*, 222 ; *Colombini ;* pityriasis, *Galewsky ;* kératose, *Brooke*, 223 ; *Tommasoli*, 224. — Urticaire, *Hallopeau*, 224. — Psoriasis, *Méneau*, *Cazeneuve*, *Rollet ;* morphée, *Hallopeau*, 225. — Sarcome, *Catterina ;* acné, *Barthélemy ;* lupus, *Quinquaud*, 226. — Tuberculose, *du Castel ;* lèpre, *Hallopeau*, *Jeanselme*, 227 ; *du Castel*, 228. — Teignes, *Dubreuilh*, *Sabrazès*, 228 ; *Sabouraud*, 229 ; *Butte*, *Bellasera*, *Barthélemy ;* chéloïdes, *Marie*, 230. — Eléphantiasis, *Moncorvo ;* clou de Biskra, *Moty ;* végétations, *Fabris*, *Fiocco*, 231. — Papillome, *Mathieu ;* xanthome, *Anderson ;* éruptions médicamenteuses, *Lanz*, *Fournier*, 232 ; *Cathelineau*, *Rosch*, 233 ; *Puy Le Blanc*, *Legrand*, 234. — Syphilis, *de Michele*, *Radice*, *Wheator*, 234 ; *Mauriac*, *Fournier*, 235 ; *Galezowski*, *Nonne*, 236 ; *Giovannini*, *Chanson*, 237 ; *Hudelo*, *Eadlitz*, *Thérault*, *Vigier*, 238. — Chancre mou, *Krefting ;* blennorragie, *Cahen-Brach*, *Martin*, 239 ; *His*, 240 ; *Janet*, 241 ; *Finger*, *Eraud*, *Hugounenq*, *Christen*, 242 ; *Brousse*, *Bothezat*, *Jadassohn*, 243.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRE.

Traité, *Sollier*, 243. — Alcoolisme, *Belval*, 244. — Aliénation, *Kellog*, *Séglas*, 245. — Troubles de la mémoire, *Sollier*, 246. — Goitre exophtalmique, *Raymond*, *Sérieux ;* choléra, *Camuset*, 247. — Troubles psychiques, *Charpentier*, *Moebius*, 248. — Mélancolie, *Séglas*, *Sourdille ;* délire, *Toulouse*, *Arnaud*, 249 ; *Hamel ;* onomatomanie, *Charcot*, *Magnan*, 250. — Katatonie, *Nolan ;* folies du caractère, *Charpentier*, 251. — Psychoses puerpérales, *Ballet*, *Idanoff*, 252. — Folie hépatique, *Klippel ;* tremblement, *Hamaide*, 253. — Paralysie générale, *Nicoulau*, *Joffroy ;* transfusion nerveuse, *Cullerre*, 254. — Epilepsie, *Gerster*, *Sachs*, *Kiseleff*, 255. — Myxœdème, *Anderson*, 255 ; *Napier*, *Bouchard*, *Mendel*, *Mackenzie*, *Fox*, *Barron*,

Beadles, *Hale*, *Derriez*, 256; *Baber*, *Corkhill*, *Gibson*, *Lundie*, *Holman*, *Mendel*, 258; *Fenwick*, 259.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traité, *Plicque*, 260. — Chirurgie du cerveau, *Warnots*, 260; *Tillaux*, *Walther*, *Mauny*, *Calot*, *Piéchaud*, *Gray*, *Dana*, *Sachs*, 261; *Djémil-Bey*, 262. — Lésions des nerfs, *Park*, 262; *Krönlein*, *Février*, *Chalot*, 263; *Doyen*, 264. — Lésions du rachis, *Ricard*, 264; *Lloyd*, 265. — Anévrismes, *Chalot*, 265; *Le Dentu*, *Heintze*, 266. — Plaie du cœur, *Marks*; kyste du maxillaire, *Forgue*; empyème, *Helferich*, 267. — Pneumotomie, *Matignon*, 268. — Lésions de l'appareil digestif, *Baudouin*, 268; *d'Ursi*, *Roos*, *Doyen*, 269; *Pozzi*, *Ricklin*, *Paturet*, *Fraenkel*, 270; *Poncet*, *Beaussenat*, 271; *Ricard*, *Braquehaye*, *Gangolphe*, *Monod*, *Maunoury*, 272; *Rohn*, 273; *Zaucasol*, *Schwartz*, *Thiriar*, 274; *Condamin*, *Kammerer*, 275; *Schlange*, *Dunlop*, *Chaput*, 276; *Hartmann*, *Sutton*, *Burckardt*, 277; *Lloyd*, 278. — Maladies des voies urinaires, *Kummer*, *Bazy*, *Hamonic*, *Picard*, *Delefosse*, 279; *Israel*, 281; *Poppert*, *Herrick*, 282; *Minguet*, *Wartel*, *Gouraud*, 283; *Manley*, *Ozenne*, 284; *Noguès*, *Delbecque*, 285; *Pépin*, *Barker*, 286. — Lésions des os et des articulations, *Moty*, 286; *Duplay*, *Cazin*, *Redard*, *Audry*, *Ollier*, *Lannelongue*, 287; *Mondan*, *Audry*, *Heusner*, 289; *Bier*, 290; *Schwartz*, *Rieffel*, *Poncet*, 291; *Deanesley*, *Calot*, *Ménard*, 292; *Kirmisson*, *Lejars*, 293; *Coudray*, *Schrœter*, 294; *Garnier*, 295. — Aponévrose palmaire, *Berger*; écrasements, *Reclus*; hydatides, *Duffau*, 296. — Lymphomes, *Haehl*; goitre, *Wolff*, 297. — Autoplastie, *Schimmelbusch*, 299. — Lipomes, *Gussenbauer*; adénome mammaire, *Schimmelbusch*, 300. — Tumeurs salivaires, *Nasse*, 301. — Brûlures, *Bidder*; kystes coccygiens, *Hansen*, 302.

OPHTALMOLOGIE.

Traité, *Gayet*; vision des dégénérés, *Gotteland*, 303. — Courbure de la cornée, *Burbo*; vertige oculaire, *Himely*, 304. — Réfraction, *Février*; strabisme, *Milligen*, *Tscherning*, *Lawnillac*, 305; *Parinaud*, 306. — Nystagmus, *Bell*, 307. — Ptosis, *Brun*; maladies des paupières, *Hohenberger*, 308; *Mitwalsky*, *Gallemaerts*; voies lacrymales, *Peters*, *Redoute*, 309. — Conjonctivites, *Delecreuillerie*, *Fromaget*, *Schneller*, *Chibret*, 310; *Muttermilch*, 311. — Ptérygion, *Fuchs*; trachome, *Raehlmann*, 312. — Kératite, *Meyer*, *Haltenhoff*, *Emmerts*; pannus, *Roullet*, 312. — Cataracte, *Meyer*, *Trousseau*, *Hess*, *Berger*, 313. — Iritis, *Oliver*; choroïdite, *Rindfleisch*; glaucome, *de Bourgon*, 314. — Rétinite, *Wagenmann*, *Boé*, 315; *Herrnheiser*, *Hippel*, *Elschnig*, 316. — Névrite, *Guépin*; paralysie oculaire, *Nieden*, *Græfe*, 317. — Ophtalmie, *Schirmer*; atrophie nucléaire, *Möbius*, 318. — Résorption oculaire, *Tuckermann*; injections dans le corps vitré, *Probsting*; ophtalmie, *Seguin*; cysticerque, *Seyferts*, 319; *Meyer*, 320. — Hydatides de l'orbite, *Terson*; injections de sublimé, *Darier*, 320. — Mélanges antiseptiques, *Berger*, 321.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Angines, *Barbier*; papillomes palatins, *Lange*, 321. — Rétrécissements du pharynx, *Jacobson*; angine épiglottique, *Gurovitsch*, 322. — Hématome palatin, *Guément*; rhinites, *Oppenheimer*, 323; *Starck*, *Masucci*, 324; *Tissier*, *Zarniko*, 325. — Lésions des sinus, *Bull*, 325; *Schaeffer*, 326; *Bryan*, *Rankin*, 327. — Bégaiement, *Gutzmann*; névropathies laryngées, *Luc*, 328. — Sangsue dans le larynx, *Chavasse*; abcès laryngé, *Barbacci*, 329. — Tubage, *Bokai*; laryngectomie, *Lanz*, 330. — Otite, *Lannois*, 331.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 332.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Beitrag zur Histologie der Ammonshornformation (corne d'Ammon), par K. SCHAFFER (*Arch. f. mik. Anat.*, *XXXIX*, 4, *p.* 611-632).

On peut distinguer dans la corne d'Ammon les couches suivantes : 1° Alveus; 2° couche des cellules polymorphes : a) fusiformes, b) polygonales; 3° couche des grandes et 4° des petites cellules pyramidales; 5° couche pauvre en cellules : éléments sphériques ou fusiformes. Si l'on compare cette structure à celle de l'écorce cérébrale (Ramon y Cajal) on constate qu'il y a entre les deux une analogie complète. La seule différence consiste en ce que dans la corne d'Ammon les deux couches de cellules pyramidales sont en quelque sorte confondues en une seule, celle des petites s'étant enfoncée dans celle des grandes. On dirait que la corne d'Ammon est une zone d'écorce typiquement structurée mais comprimée.

Considérés isolément, les types cellulaires de la corne d'Ammon sont les mêmes que ceux que Ramon y Cajal a décrits dans l'écorce. L'auteur n'a cependant pas réussi à retrouver les cellules à plusieurs prolongements cylindraxiles. Il a vu les collatérales que fournit le prolongement cylindraxile des cellules pyramidales. Enfin il a constaté dans la couche des cellules polymorphes des éléments appartenant au type II (dit sensitif) de Golgi.

Ces recherches ont été faites sur le lapin jeune et le porc nouveau-né, à l'aide des méthodes de Golgi, de Weigert et de Nissl. A. NICOLAS.

La circulation artérielle du pédoncule cérébral, par ALEZAIS et Léon D'ASTROS (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *septembre* 1892).

Les artères nourricières du pédoncule peuvent se diviser en 5 groupes : 1° *Artères pédonculaires internes*, qui, naissant surtout de la partie ascendante de la cérébrale postérieure, s'enfoncent dans la partie interne du pédoncule et ne dépassent pas la substance noire, semblant desti-

nées uniquement à l'étage inférieur; 2° *Artères des noyaux de la troisième paire*, naissant de la cérébrale postérieure et formant un système indépendant qui s'épanouit en éventail dans les noyaux gris de l'oculomoteur commun; 3° *Artères pédonculaires antéro-externes*, les plus irrégulières et les plus nombreuses, fournies et par la cérébrale supérieure et par la cérébrale postérieure, et dont quelques-unes s'étendent jusque à la couche optique; 4° *Artères pédonculaires supérieures*, assez rares, avec les mêmes origines que les précédentes; 5° enfin les artères des tubercules quadrijumeaux, représentées de chaque côté par un vaisseau particulier, dit artère *pédonculo-jumelle*, naissant très haut de la cérébrale postérieure. Les tubercules quadrijumeaux sont la partie la plus richement vascularisée du pédoncule; mais, sauf ces tubercules et les noyaux gris de la troisième et de la cinquième paire, l'étage supérieur reçoit un moins grand nombre d'artères nourricières que l'étage inférieur. M. DUVAL.

Studien über den Bau des Chromatins... (La chromatine dans les cellules des ganglions sympathiques), par F. VAS (*Arch. f. mik. Anat.*, *XL*, 3, *p.* 375-390).

Il s'agit de la substance « chromatique » du corps cellulaire que met en évidence la méthode de Nissl (coloration des coupes de pièces fixées par l'alcool absolu, au moyen d'une solution aqueuse concentrée de rouge-Magenta) et de celle-là seulement. L'auteur étudie successivement les ganglions cervicaux du chien, du lapin, du cheval et de l'homme (à divers âges). Il montre que la répartition de la substance chromatique en question se fait selon un type bien déterminé et fixe. Son abondance augmente au fur et à mesure que l'organisme s'accroît et que la cellule ganglionnaire se développe. Cette substance n'a aucune relation avec le pigment qui apparaît chez certaines espèces à partir d'un certain moment dans les cellules ganglionnaires. Le pigment lui-même n'a pas de signification spéciale, il n'est, en particulier, pas en rapport avec la régression cellulaire.

La dernière partie de ce travail est particulièrement intéressante. Vas examine l'état des cellules ganglionnaires à la suite de l'excitation du cordon sympathique chez le lapin par un courant d'induction. Dans les cellules soumises à cette influence le noyau est beaucoup plus gros qu'à l'état normal. Le fait le plus remarquable c'est qu'il quitte sa place au centre de la cellule pour se rapprocher de la périphérie. Dans beaucoup de cas cette migration est si marquée que le contour cellulaire est soulevé par le noyau qui tend à faire hernie. Jamais cependant on ne trouve de noyau libre hors de la cellule. Le corps cellulaire lui-même est augmenté de volume. Sa substance chromatique est refoulée également à la périphérie. Il est probable qu'à l'état physiologique ces transformations ne sont pas aussi accentuées.

[Ces faits sont à rapprocher de ceux que Magini a décrits récemment (*Atti della R. Acad. dei Lincei*, 1890 et 1891) et que Vas ne paraît pas connaître, dans les grosses cellules nerveuses des lobes électriques de la torpille. (NOTE DU TRAD.)] A. NICOLAS.

Zur Frage über den Bau der Nervenzellen... (Sur la structure des cellules nerveuses et sur la question des rapports de leur prolongement cylindraxil avec les dendrites), par A. DOGIEL (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLI*, 1, *p.* 62-88).

Après avoir rappelé les diverses opinions émises autrefois sur la question des relations des prolongements protoplasmiques avec le prolongement cylindraxil, puis la théorie bien connue de Golgi, Dogiel, prenant comme objet d'étude les cellules nerveuses de la rétine humaine qu'il partage en trois groupes, chacun de ces groupes pouvant comporter à son tour plusieurs types, Dogiel, dis-je, étudie le mode de ramification des prolongements protoplasmiques. Il montre, contrairement à Golgi, que ces prolongements s'anastomosent entre eux et d'une cellule à l'autre, formant ainsi un réseau; de plus qu'ils ne contractent aucun rapport direct avec les vaisseaux. Le cylindraxe dérive, ou bien immédiatement du corps cellulaire, ou bien de l'un des prolongements protoplasmiques, ou bien du réseau résultant de l'union des ramifications de ces derniers, ou bien enfin directement par la réunion en un faisceau de filaments protoplasmiques (cellules du troisième groupe).

Les prolongements protoplasmiques sont incontestablement de nature nerveuse.

Dans une deuxième partie, l'auteur envisage la structure des cellules nerveuses mise en évidence par le bleu de méthylène. Elles sont constituées par des fibrilles et par une substance inter-fibrillaire. Les fibrilles sont continues et passent d'un prolongement protoplasmique dans un prolongement cylindraxil ou vice-versâ.

La conclusion générale est que la conception de Waldeyer, qui considère chaque cellule nerveuse (avec ses prolongements) comme un individu isolé, un neurone, est inexacte. Les cellules nerveuses forment dans leur ensemble une colonie dont tous les membres sont reliés les uns avec les autres par des liens multiples. A. NICOLAS.

Die Anatomie u. Pathologie des dorsalen Vaguskerns, par Harald HOLM (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXI*, 1).

I. — Le *noyau dorsal* du nerf vague se compose chez l'homme de deux groupes de cellules : un groupe *ventro-interne*, à cellules ovalaires ou fusiformes, et un groupe *dorso-externe* à petites cellules.

Ce noyau dorsal du nerf vague est encore privé de fibres à myéline chez les fœtus de 38 centimètres de long, alors que le noyau du nerf glosso-pharyngien en possède déjà depuis longtemps. Les fibres qui proviennent du noyau dorsal du nerf vague vont la plupart se joindre à celles qui suivent le faisceau solitaire pour monter avec le reste des fibres qui constituent le nerf vague.

Chez les divers mammifères domestiques, le noyau dorsal du nerf vague se comporte comme chez l'homme aussi bien au point de vue de la structure que du développement.

II. — Le *noyau ambigu* du nerf vague émet un faisceau de fibres, déjà pourvues de myéline sur les fœtus de 25 centimètres de long et allant traverser le noyau de l'hypoglosse, qu'elles contournent en formant un coude pour constituer ensuite la plus grande partie du nerf vague.

III. — Le *faisceau solitaire*, qui commence déjà dans la portion supérieure de la région cervicale, renferme, outre certaines fibres à terminaison peu déterminée et celles qui lui viennent du nerf vague, des fibres centripètes qui vont former la plus grande partie des filets radiculaires du glosso-pharyngien. A côté de ces fibres centripètes dont l'ensemble constitue la racine ascendante du glosso-pharyngien, ce nerf reçoit des fibres centrifuges (racine descendante) d'un amas de cellules ganglionnaires situées plus haut et formant un noyau moteur.

Chez les nouveau-nés qui ont respiré, le noyau dorsal est bien développé, tandis que l'examen de plusieurs fœtus mort-nés a montré à Holm que le *noyau dorsal* du nerf vague n'avait pas atteint son développement normal. Or, on sait que le centre respiratoire se trouve au voisinage de l'origine du nerf vague, ce qui semble légitimer cette conclusion que le *centre respiratoire siège dans le noyau dorsal.*

Dans une autre série de recherches, Holm étudia l'état du bulbe chez 21 malades, atteints d'une affection pulmonaire ou bien ayant présenté subitement des accès de toux, suivis de mort. Comme lésion anatomique, il trouva constamment la dégénération du noyau dorsal du nerf vague, ainsi que celle d'une portion des filets radiculaires de ce nerf.

Se fondant sur les faits de développement et les symptômes cliniques mis en regard des altérations du bulbe, Holm pense pouvoir localiser le *réflexe trachéo-bronchique* dans la portion dorso-externe du noyau dorsal du vague (groupe de petites cellules), et le *centre respiratoire* dans la portion ventro-interne du même noyau (groupe de grandes cellules). ÉD. RETTERER.

Der feinere Bau und die Nervenendigungen der Geschmaksknorpen (La structure intime et les terminaisons nerveuses des bourgeons du goût), par v. LENHOSSÉK (*Anat. Anz. VIII Jahrg.*, n° 4).

Les bourgeons du goût (muqueuse buccale des poissons, papilles vallées et foliées du lapin) traités par la méthode de Golgi se montrent constitués : 1° par les cellules de soutien, dont les caractères sont ceux que d'autres méthodes peuvent mettre en évidence ; 2° par les cellules gustatives. Celles-ci se colorent en noir comme des cellules nerveuses. Elles se terminent toutes, à leur pôle basal par une extrémité tronquée, contrairement à ce qu'ont décrit Fusari et Panasci qui prétendent que ce pôle se continue directement avec une fibre nerveuse. Ces éléments ne sont donc pas des cellules nerveuses typiques, des cellules d'origine de fibres nerveuses périphériques (comme les cellules olfactives, par exemple) mais sont des cellules épithéliales sensorielles qui n'ont avec les fibres nerveuses que des rapports de contact.

La forme des cellules gustatives, chez le lapin, celle de leurs prolongements central et périphérique, la situation de leur noyau ne répondent pas toujours à la description qu'on en donne communément.

Les nerfs se terminent toujours librement à la surface du bourgeon gustatif qu'ils entourent à la manière d'un panier. Jamais ils ne pénètrent dans son intérieur. L'auteur distingue, chez le lapin, deux formes essentielles de terminaisons nerveuses : périgemmale et intergemmale (*gemma* = bourgeon). Les fibrilles des terminaisons périgemmales ne s'anastomosent pas entre elles.

Au-dessous des bourgeons il existe des cellules spéciales, fusiformes ou multipolaires, cellules sub-gemmales, que Drasch, Fusari et Panasci ont considérées comme des éléments nerveux. L'auteur n'accepte pas cette interprétation sans pouvoir d'ailleurs préciser nettement leur véritable nature.

Chez le barbeau et le congre, le mode de terminaison des nerfs n'est pas absolument le même. Chez ce dernier on observe une formation spéciale, déjà signalée, la « cupula » qui embrasse le fond du bourgeon. — Pour conclure, l'auteur fait observer que les cellules sensorielles peuvent être considérées comme des cellules nerveuses dépourvues de prolongements cylindraxiles. Celui-ci est fourni alors par une autre cellule. Seules les cellules olfactives ont conservé le prolongement cylindraxile. A. NICOLAS.

Die Nervenendigungen in den Schmeckbeckern der Säuger (Les terminaisons nerveuses dans les calices gustatifs des mammifères), par C. ARNSTEIN (*Arch. f. mik. Anat., XLI*, 2, *p.* 195-219).

Arnstein a appliqué la méthode du bleu de méthylène en injection à l'étude des bourgeons du goût dans les papilles foliées du lapin. Il examine des coupes ou des dissociations. Toutes les cellules du bourgeon, les cellules de recouvrement aussi bien que les cellules axiales, sont entourées de fines fibrilles nerveuses, variqueuses, qui se terminent librement au niveau du pore gustatif qu'elles ne dépassent pas. Ces fibrilles s'entrecroisent plus ou moins sans paraître former de plexus véritable. Elles sont appliquées sur la surface des cellules et ne pénètrent jamais dans leur intérieur. Jamais non plus elles ne se continuent avec le prolongement central des cellules sensorielles ; elles lui sont simplement accolées, le suivent dans leur ascension le long des éléments axiaux et se terminent par des extrémités libres, mousses ou renflées en un petit bouton. Il est à supposer que parmi ces fibrilles les unes, et ce sont sans doute celles qui se montrent en connexion avec les cellules axiales, constituent les terminaisons du glosso-pharyngien ; les autres, ce sont les périphériques, appartiendraient au trijumeau.

Arnstein cherche ensuite à expliquer comment un certain nombre d'auteurs sont arrivés à décrire la continuité du prolongement central des cellules gustatives avec des fibrilles nerveuses, continuité qui n'existe pas, ainsi qu'il vient de le prouver. Il montre que cette erreur repose sur l'insuffisance ou l'imperfection des méthodes. Pour ce qui est de la méthode de Golgi, qu'ont employée Fusari et Panasci, les images qu'elle a fournies ne répondent pas à la réalité ; elle a coloré la cellule et les fibrilles nerveuses qui lui sont accolées de sorte qu'on a cru à tort que celles-ci étaient en continuité avec celle-là. A. NICOLAS.

Zur Kenntniss der Ausbreitung... (Contribution à l'étude du mode de distribution et de terminaison des nerfs dans l'estomac, l'intestin et le pancréas), par Erik MULLER (*Arch. f. mik. Anat. XL*, 3, *p.* 390-409).

L'auteur étudie par la méthode de Golgi les nerfs de la musculature et de la muqueuse de l'intestin chez le chien, le lapin et la grenouille, puis ceux du pancréas.

Nerfs de la musculature. — Du plexus d'Auerbach partent des faisceaux de fines fibres qui, en se divisant et se subdivisant à angle plus ou moins droit, finissent par constituer un feutrage (pas un réseau) compliqué à grosses mailles circonscrivant des mailles plus étroites. De ce feutrage partent les fibrilles qui s'épuisent en « arborisations terminales » destinées aux fibres lisses. Les fibrilles terminales sont munies à leur extrémité libre d'un petit renflement en massue ou en poire qui s'applique sur la cellule musculaire sans jamais pénétrer dans son intérieur ; jamais ces fibrilles ne s'anastomosent entre elles. En somme les ramifications nerveuses terminales dans les muscles lisses se comportent essentiellement de la même manière que dans les muscles striés.

Nerfs de la muqueuse. —Il y a lieu de distinguer les formations plexiformes situées dans les couches profondes et dont les branches se rendent aux glandes de Lieberkühn, et celles qui se trouvent dans l'épaisseur même des villosités. Toutes d'ailleurs sont en connexion les unes avec les autres. Les ramifications terminales ne pénètrent jamais ni entre ni dans les cellules épithéliales, mais s'arrêtent au contact de leur extrémité basale et s'y terminent librement. Nulle part dans la muqueuse il n'y a de plexus véritable, mais seulement des entrecroisements de branches plus ou moins ténues qui ne s'anastomosent pas. Le principe du mode de terminaison des nerfs est le même dans la muqueuse que dans la musculeuse.

Nerfs du pancréas. — Les faisceaux de fibrilles nerveuses constituent un réseau (apparent seulement, comme dans les cas précédents) *interacineux* d'où partent les fibrilles qui vont former le plexus péri-vasculaire, et celles qui constituent les entre-croisements plexiformes *péri-acineux*. L'auteur n'a jamais vu de fibrilles pénétrer entre les cellules des acini. Outre les fibres nerveuses on trouve également dans le pancréas des cellules nerveuses. A. NICOLAS.

Ueber die Endigung des Gehörnerven... (La terminaison du nerf auditif dans le limaçon des mammifères), par A. GEBERG (*Anat. Anz. VIII Jahrg, n°* 1).

En employant une solution de bleu de méthylène à 4 0/0 en injection chez des mammifères adultes, Geberg a pu prouver que parmi les fibrilles dépourvues de myéline qui pénètrent radiairement dans l'organe de Corti, les unes se terminent librement entre les cellules ciliées internes, tandis que les autres, passant entre les piliers, vont se terminer entre les cellules ciliées externes par des extrémités libres renflées en bouton. Il n'y a pas d'union entre ces terminaisons et les cellules. Ces résultats concordent essentiellement avec ceux que Retzius a obtenus récemment sur des embryons ou des animaux jeunes à l'aide de la méthode de Golgi. A. NICOLAS.

Ueber das peripherische Verhalten der Gehörnerven... (Les relations périphériques du nerf acoustique et la valeur des cellules ciliées de l'organe de l'ouïe), par H. AYERS (*Anat. Anz. VIII Jahrg., n*os 12 *et* 13).

Cette note est le résumé d'un travail étendu qui paraîtra ultérieurement. Nous ne signalerons ici que l'un des résultats les plus importants de ces recherches. Par la méthode de Golgi, Ayers a réussi à constater que les

cellules ciliées de l'organe de Corti, des taches et des crêtes acoustiques, émettent un prolongement cylindraxile qui se rend au ganglion cochléaire. Les terminaisons du nerf acoustique ne se feraient donc pas librement entre les cellules ciliées et simplement à leur contact comme le pensent Retzius, van Gehuchten et Geberg. A. NICOLAS.

Vater-Pacinis'sche Körperchen... (Corpuscules de Pacini dans le tronc du nerf tibial chez l'homme), par M. ASKANAZY (*Anat. Anz. VIII Jahrg.*, *n*os 12 *et* 13).

Sur des coupes du nerf tibial (1/3 supérieur), l'auteur a constaté chez un certain nombre de sujets des corpuscules de Pacini, toujours situés à la périphérie du tronc nerveux, ou bien dans le périnèvre, ou bien dans l'enveloppe conjonctive périneurale. Ces corpuscules sont petits et en nombre variable. A. NICOLAS.

Sur les modifications structurales que présentent les muscles jaunes du dytique pendant la contraction, par F. TOURNEUX (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *novembre-décembre* 1892).

Les fibrilles élémentaires présentent, en passant de l'état de repos à l'état de contraction, les particularités suivantes : 1° stade de repos. Le disque large est limité par deux bandes transversales foncées, séparées par une ligne médiane plus claire (strie de Hensen), dans laquelle, lors d'une extension exagérée, on aperçoit une ligne transversale obscure paraissant répondre à une cloison médiane; 2° stade intermédiaire. Il est caractérisé par le tassement de la substance chromatique ou kynétique du disque large, les deux bandes claires disparaissant progressivement; mais il ne semble pas que la substance de ces bandes claires s'écoule en dehors de la fibrille musculaire; elle immigrerait plutôt à l'intérieur des disques larges, le segment musculaire diminuant de hauteur et augmentant de largeur; 3° stade de contraction. Les segments musculaires continuent à s'aplatir, les disques minces et les stries médianes opaques se tassant de plus en plus, mais il est toujours possible de distinguer, à leur teinte plus foncée, les stries répondant aux disques minces, des stries médianes des disques larges. M. DUVAL.

Les clasmatocytes, les cellules fixes du tissu conjonctif et les globules du pus, par L. RANVIER (*Compt. rend. acad. des sc.*, 13 *février* 1893).

Sous l'influence d'une irritation, en dehors de toute action microbienne, les clasmatocytes se transforment en cellules lymphatiques, reprenant ainsi leur forme embryonnaire; ils se multiplient alors avec une très grande activité, et par le mécanisme de la division directe. C'est là la source principale de la suppuration, que la diapédèse seule ne saurait expliquer, dans un grand nombre de cas. Les cellules fixes du tissu conjonctif ne donnent jamais naissance à des cellules lymphatiques, ni, par conséquent aux globules du pus. En effet, les globules purulents sont des cellules lymphatiques mortes ou nécrosées. M. DUVAL.

Studien über die Verhornung der menschlichen Oberhaut (Études sur la kératinisation de l'épiderme humain), par BEHN (*Arch. f. mik. Anat.*, *XXXIX*, 4, *p.* 581-595).

Zander a distingué pour la première fois deux types de kératinisation. Le type A se rencontre aux endroits où la couche cornée atteint une grande épaisseur (paume de la main et face palmaire des doigts, plante du pied et face plantaire des orteils); le type B s'observe partout ailleurs. Il est à noter cependant que parfois cependant au milieu des cellules du type A il se trouve des éléments du type B. L'auteur, utilisant la méthode des digestions artificielles par la pepsine, précédées ou suivies de colorations spécifiques, montre que le type A de Zander existe dans d'autres régions que celles qui ont été énumérées plus haut (malléoles interne et externe, dos du pouce et des orteils).

Dans les coupes de peau du type A, traitées par les liquides digestifs, les filaments intracellulaires des éléments du stratum corneum sont digérés. Ils ne sont donc pas formés de kératine. En comparant des coupes digérées du type A et du type B, on ne trouve entre elles aucune différence, fait qui enlève à la distinction établie par Zander toute sa valeur. D'ailleurs, les résultats diffèrent suivant que l'on emploie du suc stomacal artificiel fraîchement préparé ou des préparations de pepsine conservées. Avec ces dernières, la couche de Malpighi reste intacte et peut encore être colorée après digestion. Enfin, lorsqu'on digère des pièces durcies au préalable dans l'alcool, on obtient des images qui permettent de penser que la kératinisation des couches périphériques des éléments épidermiques commence même avant que la kératohyaline ait fait son apparition. A. NICOLAS.

Die Vertheilung der Blutgefässe in der Haut (La distribution des vaisseaux sanguins dans la peau), par W. SPALTEHOLZ (*Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abth.*, *p.* 1-55, 1893).

Les principales conclusions de cet important mémoire sont, pour ce qui concerne la peau de l'homme, les suivantes :

1. Le nombre et le calibre des artères qui se rendent à la peau varient, pour l'unité de surface, selon les endroits. Le nombre (et en partie aussi le calibre) en est plus considérable aux endroits soumis fréquemment à des pressions extérieures (peau de la région fessière, de la plante du pied, de la paume de la main). De plus, là où la peau se déplace facilement, les vaisseaux sont plus fortement sinueux.

2. Toutes les branches de ces artères s'anastomosent fréquemment entre elles et avec les branches voisines, d'où formation, dans la couche la plus profonde du derme, d'un réseau caractéristique « réseau cutané ». Les artères destinées à la peau ne sont donc pas des artères terminales.

3. La largeur des anastomoses et leur nombre varient suivant les régions. Le réseau cutané est le plus serré, ses branches sont le plus larges dans les endroits signalés plus haut qui supportent des pressions.

4. A la plante du pied, le réseau cutané fournit des branches qui se dirigent vers la surface, se ramifient alors en arborisations qui s'anas-

tomosent les unes avec les autres. Ces anastomoses, situées à peu près à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur du derme, constituent un deuxième réseau « réseau sous-papillaire » dont les rameaux sont en partie orientés dans le sens des crêtes dermiques, sans que cependant celles-ci paraissent avoir une influence essentielle sur leur agencement général. Les mailles du réseau sont de dimensions variables. Toutes les branches qui se rendent dans les papilles proviennent du réseau sous-papillaire. Elles fournissent, sans s'anastomoser, des ramuscules qui s'enfoncent perpendiculairement dans les papilles et s'y terminent. Les rameaux papillaires sont donc des artérioles terminales. Chacun d'eux irrigue un territoire qui comprend toujours plusieurs papilles, mais est plus ou moins étendu, selon que les mailles du réseau sous-jacent sont plus ou moins larges.

5. Le réseau sous-papillaire existe également dans les autres régions du corps, et ne s'y distingue de celui de la plante du pied que par la plus grande largeur de ses mailles.

6. Le sang veineux qui revient des anses papillaires parcourt, dans la peau de la plante du pied, plusieurs plexus, au nombre de quatre, étagés successivement de la surface du derme vers la profondeur.

7. Les artères qui naissent du réseau cutané possèdent des fibres lisses annulaires à peu près jusqu'à la hauteur de la couche moyenne du derme; les veines en sont pourvues jusqu'au niveau du réseau situé entre le derme et le sous-derme. Les branches de ce réseau ont des valvules.

8. Le tissu graisseux du sous-derme est irrigué de deux manières : les couches les plus profondes reçoivent des rameaux provenant des branches destinées au derme et qui traversent le sous-derme; les couches les plus superficielles sont presque exclusivement nourries par les vaisseaux récurrents qui, du réseau cutané, rebroussent chemin vers la profondeur.

9. Le tissu graisseux sous-cutané est partagé en lobes par des cloisons transversales et longitudinales. Ces cloisons sont souvent agencées de telle sorte qu'elles constituent à mi-chemin entre le derme et l'aponévrose une membrane continue d'où partent des cloisons perpendiculaires, dirigées, les unes vers la surface, les autres vers la profondeur. Grâce à cette cloison, la couche graisseuse se trouve partagée en deux zones : une zone cutanée et une zone sous-cutanée. A chacune de ces zones correspond une vascularisation distincte : la zone cutanée reçoit les artérioles récurrentes (voir plus haut); la zone sous-cutanée les artérioles directes.

10. Toutes les artères destinées à la peau et leurs branches principales existent déjà, chez le nouveau-né, aussi nombreuses que chez l'adulte et agencées de la même façon. A. NICOLAS.

Grössen und Formveränderungen einiger Endothelien durch Dehnung (Variations de taille et de forme de quelques endothéliums selon l'état d'extension des organes), par W. SCHWARTZ (*Anat. Anz. VIII Jahrg.*, *n*os 2 *et* 3).

L'auteur a recherché si, conformément à ce que Paneth, London et Oberdieck ont montré pour l'épithélium vésical, les endothéliums su-

bissent des changements de forme et de dimension quand les organes qu'ils revêtent sont en état de réplétion ou de vacuité. Il a examiné à ce point de vue l'endothélium du péritoine vésical et intestinal, ainsi que celui des vaisseaux. Ainsi qu'on pouvait s'y attendre, les cellules sont plus longues et plus larges, plus plates aussi, quand les organes sont distendus. A. NICOLAS.

Recherches microscopiques sur la contractilité des vaisseaux sanguins, par L. RANVIER (*Compt. rend. acad. des sciences*, 16 *janvier* 1893).

La membrane périœsophagienne de la grenouille se prête bien à l'étude de la contraction des vaisseaux, car les seuls éléments musculaires qu'elle renferme sont ceux qui, sous la forme de fibres-cellules, sont annexés aux vaisseaux sanguins; on peut la soumettre à l'excitation électrique alors qu'elle est vivante encore, mais entièrement séparée de l'animal. Dans ces conditions on voit les artérioles se contracter jusqu'à faire disparaître la lumière du vaisseau; les plis de la lame élastique interne deviennent alors plus saillants et arrivent à se toucher lorsque s'efface le calibre de l'artériole. Les fibres-cellules de la paroi vasculaire se montrent, au repos, nettement formées de fibrilles longitudinales, qui, en coupe optique, se montrent comme autant de petits cercles réfringents; mais ces petits cercles deviennent indistincts pendant la contraction, ce qui provient de ce qu'en se raccourcissant les fibrilles augmentent d'épaisseur et s'appliquent plus exactement les unes contre les autres. On ne peut, à l'aide de l'excitation électrique directe, rien produire dans les artères qui puisse être comparé à un mouvement péristaltique. Jamais non plus on ne constate le plus léger mouvement de contraction dans les capillaires. M. DUVAL.

Ueber das Vorkommen von Intercellularbrücken... (Sur l'existence de ponts intercellulaires entre des fibres musculaires lisses et des cellules épithéliales dérivées du feuillet externe. Valeur théorique de cette disposition), par M. HEIDENHAIN (*Anat. Anz. VIII, Jahrg.*, *n*os 12 *et* 13).

Les glandes cutanées des amphibiens sont revêtues extérieurement, on le sait, d'une couche de cellules musculaires lisses appliquées directement sur les éléments glandulaires sans interposition de tissu conjonctif. C'est la disposition qu'on connaît aussi dans les glandes sudoripares. L'auteur a découvert que ces cellules musculaires, au point où elles viennent se rencontrer avec le segment intercalaire du canal excréteur, sont unies avec les cellules épithéliales de ce segment par des ponts intercellulaires semblables à ceux qui sont tendus entre les cellules de l'épiderme. Ce fait est une preuve convaincante que les éléments musculaires lisses appartiennent, ainsi qu'on l'a soutenu, génétiquement à l'ectoderme. A. NICOLAS.

Ueber die Entstehung der acidophilen Leukocytengranula... (L'origine des grains acidophiles des leucocytes aux dépens de la substance nucléaire dégénérée), par E. TETTENHAMER (*Anat. Anz. VIII Jahrg.*, *n*os 6 *et* 7).

L'étude de la dégénérescence des spermatocytes chez la salamandre a permis à l'auteur de constater qu'au cours de ce processus il se forme,

aux dépens de la chromatine une substance acidophile (colorable par l'éosine, la nigrosine, l'orange G..., etc.). Cette substance pénètre par phagocytose dans le corps cellulaire des leucocytes et y constitue alors les granulations bien connues sous le nom de granulations α ou de granulations acidophiles. Diverses raisons permettent de penser que ce mode d'origine desdites granulations est général, c'est-à-dire qu'elles proviennent de la dégénérescence des noyaux cellulaires de l'organisme.

A. NICOLAS.

Le corps vitellin de Balbiani dans l'œuf des vertébrés, par F. HENNEGUY (*Journal de l'anat. et de la physiol., janvier* 1893).

Le corps vitellin de Balbiani (noyau vitellin, vésicule embryogène, vésicule de Balbiani) est un élément figuré de l'œuf qui peut s'observer chez des animaux appartenant à toutes les classes du règne animal. On l'observe dans l'ovule de la femme. Sa constitution, bien que présentant d'assez nombreuses variations, consiste en un corps central entouré d'une zone de protoplasma plus ou moins modifiée, ce qui donne à l'ensemble l'apparence d'un élément cellulaire. Si l'on distingue dans la vie de l'œuf trois périodes, l'une de prolifération cellulaire, où l'ovule est à l'état de cellule sexuelle indifférente, l'autre de croissance, pendant laquelle il devient réellement œuf et grossit sans plus se diviser, et enfin une troisième, dite de maturation, pendant laquelle son noyau se transforme et se prépare, par l'expulsion des globules polaires, à s'unir au spermatozoïde; c'est au commencement de la seconde période qu'apparaît le corps vitellin de Balbiani. Il paraît avoir pour origine une partie de la tache germinative ou la tache germinative entière qui sort de la vésicule pour pénétrer dans le vitellus, où elle s'entoure d'une zone de protoplasma modifié. Cet élément disparaît ensuite, en général avant que l'œuf ait atteint la moitié de sa taille définitive, du moins chez les vertébrés : mais chez certains invertébrés, principalement chez les araignées, où il a été découvert pour la première fois, il peut persister dans l'œuf mûr et se retrouver même chez l'embryon; il persiste aussi un certain temps, chez les vertébrés, dans les œufs riches en vitellus, comme chez la grenouille et les poissons osseux. Tous ces caractères sont ceux d'un organe cellulaire rudimentaire, d'un organe ancestral, comme dit l'auteur, qui s'attache à en rechercher les homologies. Il rappelle en effet que, chez les infusoires, il existe deux espèces de noyaux : le noyau proprement dit ou macronucléus, qui tient sous sa dépendance les phénomènes de la vie organiqne de l'infusoire, et un noyau plus petit, dit micronucléus, ou nucléole, qui intervient pendant la conjugaison, véritable reproduction sexuelle. Or, si, avec la plupart des embryogénistes, on considère l'œuf comme représentant le stade protozoaire des métazoaires, et les phénomènes de la fécondation comme correspondant à ceux de la conjugaison des infusoires, on est amené à comparer le macronucléus avec le corps vitellin de Balbiani, et le micronucléus avec la vésicule germinative. Et, en effet, comme le macronucléus de l'infusoire, le corps vitellin de Balbiani dirige un certain temps, dans le plasma ovulaire, les phénomènes d'assimilation; mais il peut aussi, devenant de plus en plus rudimentaire, n'avoir qu'une existence tout à fait transitoire et disparaître peu de temps après sa forma-

tion. Bien plus, s'il existe dans l'œuf un élément représentant le macronucléus des infusoires, cet élément doit se retrouver aussi dans la cellule mâle ou spermatozoïde. Telle serait, en effet, la partie qu'on a désignée, dans la cellule de développement du spermatozoïde ou spermatoblaste, sous le nom de noyau accessoire (Nebenkern) et dont l'aspect et les réactions rappellent ceux du corps vitellin de Balbiani.

M. DUVAL.

Des vaisseaux et des clasmatocytes de l'hyaloïde de la grenouille, par RANVIER (*Compt. rend. acad. des sciences*, 26 *décembre* 1892).

L'hyaloïde, c'est-à-dire la mince membrane qui sépare la rétine du corps vitré, est très vasculaire chez les Batraciens; tous ces vaisseaux, quel que soit leur diamètre, sont entourés d'une membrane accessoire, très mince, doublée de cellules formées chacune d'un noyau et d'une masse protoplasmique ramifiée, arborisée ; ces prolongements s'anastomosent les uns avec les autres, de manière à former un réseau continu, lequel est soudé, comme les corps cellulaires dont il dépend, à la membrane qui le recouvre. Dans les mailles circonscrites par les vaisseaux sanguins, sont des clasmatocytes, absolument semblables à ceux qui se produisent *in vitro* aux dépens des leucocytes. Les prolongements des clasmatocytes ne s'anastomosent pas entre eux. Enfin il n'y a pas de nerfs dans cette membrane hyaloïde, ce qui montre que l'action directe des nerfs sur les petits vaisseaux n'est pas indispensable à la fonction d'un organe, quelles que soient la délicatesse et l'activité de cette fonction.

M. DUVAL.

Zur Frage nach dem Ursprunge des Pigments (De l'origine du pigment), par F. WINCKLER (*Wiener med. Wochenschr.*, *n*os 29 *à* 32, 1892).

Le pigment s'observe déjà dès les premières phases du développement de l'œuf, avant la segmentation. On le retrouve ensuite dans les trois feuillets blastodermiques, mais il est notablement plus abondant dans l'ectoderme et l'endoderme que dans le mésoderme. Dans les cellules qui entourent une cavité, comme l'intestin ou le canal médullaire, les granulations pigmentaires s'accumulent surtout à la surface libre des cellules et elles y forment une sorte de bordure.

La production du pigment dans les premières phases de la vie n'est pas liée à une transformation de l'hémoglobine, puisqu'à cette époque il n'existe pas encore d'appareil circulatoire; cela ne veut pourtant pas dire que plus tard il ne se forme pas de pigment aux dépens des matières colorantes du sang. Dans un stade assez avancé de la vie embryonnaire, on voit des cellules de pigment dans lesquelles sont contenues des granulations pigmentaires animées de vifs mouvements moléculaires et douées du pouvoir d'abandonner le corps de la cellule qui les contient.

Le pigment n'est pas identique à la kératohyaline. LEFLAIVE.

Anatomie comparée des valvules sigmoïdes du cœur, par GILBERT et ROGER (*Arch. gén. de méd.*, *décembre* 1892).

Les valvules sigmoïdes du cœur de l'homme s'insèrent sur un anneau fibreux. Il n'en est pas ainsi dans la série animale, où l'insertion se fait

sur le bord libre de tables musculaires, qui font défaut chez l'homme. Les recherches entreprises par les auteurs sur un grand nombre d'animaux (mammifères et oiseaux) leur ont fait constater la présence constante de ces tables musculaires.

La conformation et la disposition de ces tables peuvent d'ailleurs varier dans les différentes espèces. Lee oiseaux possèdent trois tables aortiques complètes, se touchant par leurs extrémités. Chez les mammifères, il existe un espace correspondant à la valvule mitrale, où les fibres musculaires font défaut.

L'existence de ces tables apporte dans la conformation des orifices artériels du cœur, des modifications variables avec leur nombre et avec leurs dimensions.

L'absence de tables musculaires chez l'homme doit être considérée comme une infériorité. Elle expose les valvules à se déchirer et à devenir insuffisantes. RICHARDIÈRE.

Studien über die Plastik... (La forme de l'œil humain étudiée sur le vivant et sur les statues antiques), par R. GREEFF (*Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abth. Jahrg.*, *p* 113-137, 1892).

Dans une communication présentée, en 1891, à l'Académie des sciences de Berlin, E. Curtius a montré que dans les statues antiques trouvées à Olympie l'œil de l'homme est fortement convexe, tandis que celui de la femme est, au contraire, aplati. D'après lui, cette différence de forme suivant les sexes aurait été observée par tous les maîtres de l'antiquité, souvent cependant dans une mesure moins prononcée. Quelques anatomistes avaient d'ailleurs affirmé déjà l'existence de ces différences sexuelles.

Partant de ces données, l'auteur s'est proposé de vérifier si cette distinction est réellement fondée. Ses recherches sur le vivant lui permettent de conclure qu'il n'y a pas de différences essentielles entre l'œil de l'homme et celui de la femme, ni comme taille, ni comme courbure, ni comme dimensions de la fente palpébrale ou des paupières, de sorte que l'opinion des anciens anatomistes et les reproductions des statuaires grecs ne répondent pas à la nature. Il n'en est pas moins vrai cependant que, généralement, ces derniers ont donné à l'homme un œil convexe et à la femme un œil plat ou même légèrement concave.

Ce fait est-il le résultat d'une erreur perpétuée pendant des siècles, ou bien, au contraire, les artistes ont-ils été volontairement incorrects pour obtenir des effets spéciaux. C'est à cette dernière hypothèse que l'auteur se range. A. NICOLAS.

Ueber die nervösen Elemente in den Retina des Menschen, par A. S. DOGIEL (*Arch. f. mik. Anat.*, *XXXVIII*, *p.* 317-345, *et XL*, *p.* 29-39).

Dogiel dont on connaît déjà les beaux travaux sur la rétine des ganoïdes, des amphibiens, des reptiles, des oiseaux et des mammifères, étudie cette fois, toujours par la méthode du bleu de méthylène, la rétine humaine et spécialement, dans le premier mémoire : les éléments de la couche neuro-épithéliale, ceux du ganglion rétinien, du ganglion du nerf optique et les spongioblastes de Müller.

Couche neuro-épithéliale. — Cette couche comprend, outre les cellules

de cônes et les cellules de bâtonnets, des éléments nerveux spéciaux, *cellules sous-épithéliales*, logés entre les pieds des cellules précédentes, contre la surface externe de la couche réticulée externe. Les cellules de cônes et de bâtonnets se comportent un peu différemment vis-à-vis du bleu de méthylène ; le fait le plus important est que leur pied n'est jamais uni directement avec les prolongements des éléments du ganglion rétinien.

Les cellules sous-épithéliales sont des éléments arrondis, piriformes ou ovales; complètement identiques aux cellules bipolaires du ganglion rétinien. Elles possèdent : 1° des prolongements externes. Les uns, horizontaux, se ramifient dans la couche réticulée externe ; un seul s'enfonce perpendiculairement dans la couche neuro-épithéliale et s'avance plus ou moins entre les cellules de cônes et de bâtonnets ; 2° un prolongement interne, vertical, qui traverse la couche des grains internes, pénètre dans la couche réticulée interne et se termine au niveau de la surface interne de celle-ci par un bouquet de fines fibrilles variqueuses. Les cellules sous-épithéliales ne sont en somme que des cellules bipolaires du ganglion rétinien déplacées.

Couche granuleuse interne.—Les éléments de cette couche peuvent être partagés en deux catégories. A la première (ganglion rétinien W. Müller), appartiennent les cellules qui envoient des prolongements dans les couches externes (neuro-épithélium et couche réticulée externe) aussi bien que dans les couches internes (couche réticulée interne et couche de fibres nerveuses). Dans la seconde sont rangées les cellules dont tous les prolongements se rendent dans la couche réticulée interne. Pour cette raison elles peuvent êtres décrites en même temps que les éléments du ganglion du nerf optique.

Les cellules de la première catégorie se subdivisent en : *grosses cellules étoilées*, *petites cellules étoilées*, toutes situées à la face interne de la couche réticulée externe, et *cellules bipolaires* formant la masse principale du ganglion rétinien.

a) Les grosses cellules étoilées possèdent :

1° Des prolongements externes, horizontaux, qui se ramifient et émettent de fines fibrilles latérales, variqueuses, lesquelles se réunissant à des fibrilles semblables venues de cellules voisines forment de petits « réseaux terminaux » bien délimités. Ces réseaux terminaux se trouvent dans le voisinage de la surface externe de la couche réticulée externe, tout contre l'évasement conique du pied des cellules visuelles ;

2° Des prolongements internes (1-2, rarement 3) qui traversent toute l'épaisseur de la couche granuleuse; pénètrent, après s'être divisés, dans la couche réticulée interne, et s'y résolvent en fibrilles variqueuses, tangentielles, qui s'unissent aux fibrilles voisines pour former un réseau.

3° Un prolongement cylindraxe, d'abord horizontal et situé dans la couche réticulée externe, puis vertical et traversant toute l'épaisseur de la rétine pour aboutir à la couche des fibres nerveuses. Ces prolongements s'associent souvent pour former de petits faisceaux.

b) Les petites cellules étoilées se distinguent des grosses, d'abord par leur taille, puis par la plus grande finesse de leurs prolongements. Ceux-ci se comportent du reste de la même façon.

c) Les cellules bipolaires émettent des prolongements externes, parmi lesquels il en est un qui s'enfonce dans la couche neuro-épithéliale pour

se terminer souvent contre la limitante externe, les autres se ramifiant horizontalement dans la couche réticulée externe sans s'unir, ni avec les prolongements des cellules étoilées ni avec les éléments de la couche neuro-épithéliale. Elles ont en outre un prolongement interne qui va se diviser dans la couche réticulée interne, formant avec ses voisins un réseau nerveux qui n'est pas situé sur le même plan que celui résultant de l'entrelacement des prolongements internes des cellules précédentes.

Ganglion du nerf optique. — Comprend chez l'homme trois sortes de cellules qui se distinguent les unes des autres par le mode de ramification de leurs prolongements protoplasmiques, par l'extension plus ou moins considérable de ceux-ci et enfin par ce fait que les ramifications terminales des prolongements occupent un niveau variable pour chaque sorte.

Couche des spongioblastes de W. Müller. — Cette couche renferme certainement des éléments de nature nerveuse. Sa situation, entre le ganglion du nerf optique d'une part et le ganglion de la rétine d'autre part, permet de la désigner sous le nom de « couche ganglionnaire moyenne ». Les cellules qui la constituent peuvent être classées en deux catégories. Dans la première sont rangées de grosses et de petites cellules nerveuses qui ne possèdent que des prolongements protoplasmiques lesquels se ramifient exclusivement dans la couche réticulée interne. La seconde comprend trois types, tous munis de prolongements protoplasmiques et d'un prolongement cylindraxil qui se comportent à peu près comme ceux des cellules du ganglion du nerf optique.

Dans son second mémoire Dogiel étudie la couche des fibres nerveuses de la rétine humaine. Ces fibres sont des cylindraxes nus qui, groupés en faisceaux, irradient à partir de l'entrée du nerf optique. Au voisinage de l'ora serrata la couche nerveuse n'est plus constituée que par un petit nombre de cylindraxes qui ne forment plus de couche continue et affectent souvent un trajet spiral ou même récurrent. Les faisceaux destinés à la tache jaune, au nombre de 25 à 30 se dirigent directement en dehors, en échangeant des anastomoses. Arrivés près de la tache ils se divisent et forment autour d'elle une sorte d'anneau d'où partent des rameaux qui s'agencent en un plexus à larges mailles occupant le fond aussi bien que les bords de la fovea. Les faisceaux qui passent au-dessus et au-dessous de la tache jaune ne s'unissent de manière à constituer un arc complet que tout contre le bord externe de la tache ; plus en dehors ils se divisent, s'amincissent progressivement et s'enchevêtrent, ceux venant du haut avec ceux venant du bas. Il en résulte un plexus large environ de 1 à $1^{mm}5$, qui commence à 1 millimètre du bord externe de la macula et s'étend transversalement en dehors jusqu'à 3-6 millimètres de cette région.

A. NICOLAS.

Les glandes parathyroïdiennes de l'homme, par CHANTEMESSE et René MARIE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 *mars* 1893).

On découvre ces glandes en enlevant d'un seul bloc le corps thyroïde avec le larynx, la trachée et l'œsophage. On trouve alors au bord postérieur de chaque lobe deux groupes de glandules, au voisinage des artères thyroïdiennes supérieures et inférieures. Elles peuvent être enfouies dans un lobe graisseux, ont la couleur de la glande thyroïde, le volume

d'un grain de blé ou d'une lentille, sont aplaties ou globuleuses. Leur structure est celle d'une glande thyroïdienne embryonnaire, évoluant vers le type thyroïdien adulte. H. L.

Ueber die Backendrüsen der Haussäugethiere (Sur les glandes buccales des mammifères domestiques), par B. BARNER (*Arch. f. wissensch. u. prakt. Thierheilh.*, *XIX*, 3, 1893).

Les dispositions macroscopiques des glandes buccales varient notablement chez les différents mammifères domestiques. Les différences qui ne se trouvent pas signalées dans les traités d'anatomie sont les suivantes. Chez les ruminants, et notamment chez le bœuf, il existe trois glandes buccales, une dorsale, une moyenne et une ventrale. Chez le chat comme chez le chien, la glande dorsale est venue occuper la cavité orbitaire et, pour cette raison, prend le nom de glande orbitaire. Chez le porc, la glande buccale dorsale n'est pas recouverte par le masséter. Le développement de ces glandes diffère également suivant les espèces, et c'est chez les ruminants qu'elles acquièrent le plus d'extension.

L'étude histologique prouve que la glande buccale ventrale des ruminants est une glande albumineuse fournissant un produit de sécrétion amylolytique. A cet égard il convient de la ranger à côté de la parotide.

Les glandes dorsale et moyenne du bœuf, la glande orbitaire et les glandes buccales des carnivores sont des glandes muqueuses pures.

Cependant l'extrait de ces glandes possède un pouvoir saccharifiant, très prononcé surtout chez les ruminants. Ce sont donc, au point de vue physiologique, des glandes mixtes.

Les glandes buccales dorsale et moyenne de la brebis et de la chèvre se distinguent de celles du bœuf en ce que leurs cellules ne sont pas uniformément muqueuses. Elles le sont plus ou moins, ou pas du tout. Il ne semble pas pourtant qu'elles doivent être considérées comme des glandes mixtes, mais plutôt comme des glandes muqueuses soumises à des variations fonctionnelles.

Les glandes buccales du cheval et celles du porc ressemblent plutôt à celles de la brebis qu'à celles du bœuf, mais s'en distinguent cependant par certains caractères. Ce sont des glandes muqueuses spéciales dans lesquelles les variations fonctionnelles et la division du travail sont prononcées à un haut degré. Elles produisent aussi, en même temps que de la mucine, un ferment amylolytique.

Relativement à la richesse en mucus (appréciée par le degré de coloration spécifique des cellules), on peut dire que les glandes buccales des carnivores viennent en premier lieu. Vient ensuite le bœuf avec ses glandes dorsale et moyenne, puis le porc. Enfin au dernier rang se placeraient la brebis, la chèvre et le cheval. A. NICOLAS.

Experimentelle Untersuchungen über die Zellbrücken... (Recherches expérimentales sur les ponts intercellulaires dans la musculature de l'intestin des carnivores), par C. KLECKI (*Inaug.-Diss. Dorpat.*, 1891).

Ce mémoire comprend en premier lieu un historique détaillé relatif aux connexions protoplasmiques chez les végétaux et chez les animaux, puis une deuxième partie plus étendue et originale dans laquelle l'auteur

rend compte de ses expériences. Ses principales conclusions peuvent se résumer ainsi : Les ponts intercellulaires entre les fibres musculaires lisses de la musculature intestinale sont particulièrement nets chez les animaux sacrifiés 1 h. 1/2 à 3 heures après le dernier repas. L'apparition ou plutôt l'augmentation de netteté de ces ponts, par suite de l'agrandissement des fentes intercellulaires, dans les divers segments du tube digestif, semblent se faire progressivement et parallèlement au remplissage des vaisseaux lymphatiques macroscopiquement reconnaissables. Les espaces intercellulaires paraissent donc, sans qu'on puisse le démontrer rigoureusement, être en relations avec le système lymphatique. L'état de contraction ou de relâchement des tuniques musculaires influent notablement sur la disposition des ponts : ils sont peu développés quand elles sont relâchées, au contraire très étendus et épais quand elles sont contractées. Par suite, on peut penser que, pendant la digestion, l'état de réplétion des lymphatiques aussi bien que les contractions péristaltiques, exercent leur influence sur l'état des espaces intercellulaires des tuniques musculaires.

L'existence des ponts d'nnion n'empêche pas la présence d'un ciment interstitiel (Kittsubstanz) : les deux existent en effet chez les carnivores.

A. NICOLAS.

Ueber das Foramen ptérygo-spinosum Civinini und das Foramen crotaphitico-buccinatorium Hyrtl, par U. GROSSE (*Anat. Anz. VIII Jahrg.*, *n*os 10 *et* 11).

1° *Trou de Civinini.* Il existe sur le crâne humain un ligament tendu entre l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde et l'épine du sphénoïde. Ce ligament (ptérygo-épineux) sépare la troisième branche du trijumeau des muscles et de la trompe d'Eustache. Au-dessus de son point d'attache sur l'aile externe on voit une échancrure, incisure de Civinini, par laquelle passe le nerf du ptérygoïdien interne. Il peut s'ossifier en partie ou en totalité, auquel cas prend naissance un trou, le trou de Civinini.

Chez les singes les plus voisins de l'homme on rencontre le ligament ptérygo-épineux et l'incisure de Civinini; chez les singes inférieurs il y a toujours au contraire un trou de Civinini à pourtour osseux complet. Chez tous les autres mammifères il n'existe pas de trou de Civinini, mais seulement, quand l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde n'est pas complètement réduite, un méplat évident, incisure de Civinini, sur son bord postérieur.

2° *Trou crotaphito-buccinateur.* Chez l'homme comme chez tous les mammifères on trouve presque toujours sur la face inférieure de la grande aile du sphénoïde un sillon, le *sulcus crotaphiticus*, qui se dirige en avant et en dehors. Ce sillon est toujours recouvert par un pont ligamenteux qui sépare la branche motrice de la troisième branche du trijumeau de la branche sensitive, et qui, parfois, chez l'homme et les singes voisins, s'ossifie. Chez les autres singes et chez les rongeurs, le ligament est toujours remplacé par une lamelle osseuse; le sillon devient alors un trou. Les autres mammifères possèdent un sillon plus ou moins net.

A. NICOLAS.

Die Drehbewegungen der menschlichen Wirbelsäule... (Les mouvements de rotation des vertèbres chez l'homme et les soi-disant muscles rotateurs de Theile), par A. W. HUGHES (*Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abth.*, *p.* 265-280, 1892).

Les résultats que l'expérimentation sur le cadavre a fournis à Hughes concordent, en général, avec ceux que H. Weber et Volkmann avaient obtenus. Les vertèbres lombaires normales ne sont susceptibles d'aucun mouvement de rotation, du moins ces mouvements sont si faibles qu'ils seraient inappréciables sur le vivant. Par contre, les vertèbres dorsales tournent les unes sur les autres, et la colonne thoracique considérée dans son ensemble est capable de subir un mouvement de rotation qui égale, et peut-être même dans beaucoup de cas dépasse la moitié d'un angle droit. Dans ce cas, la torsion du tronc se manifeste par un crochet brusque dans la série des apophyses épineuses au niveau de l'union de la colonne lombaire avec la colonne dorsale. Les vertèbres dorsales inférieures sont susceptibles d'un mouvement de torsion moins prononcé que les dorsales supérieures. Les vertèbres cervicales enfin peuvent subir un mouvement de rotation considérable, plus considérable que les dorsales, et qui, combiné avec la rotation de l'atlas, peut atteindre un angle droit. L'étude de la forme et de la direction des surfaces articulaires rend très bien compte de ces différences d'amplitude du mouvement de rotation.

Dans la deuxième partie de son mémoire, Hughes étudie les muscles rotateurs (Theile) qui, pour certains auteurs, ne seraient que les faisceaux les plus profonds et les plus courts du muscle multifide, pour d'autres, ne s'observeraient que dans la région dorsale. Il montre qu'au-dessous du multifide, séparés de lui par une couche de tissu conjonctif, il existe des faisceaux musculaires : les uns, courts, sont directement tendus d'une vertèbre à l'autre, les autres, longs, franchissent l'étendue d'une vertèbre. On les trouve depuis le sacrum jusqu'à la deuxième vertèbre cervicale, sur toutes les vertèbres. Cependant parfois l'un ou l'autre de ces faisceaux fait défaut, notamment dans la colonne cervicale. Ils s'insèrent tous sur les arcs vertébraux des deux côtés de la racine des apophyses épineuses. L'orientation de ces faisceaux est telle qu'ils ne peuvent être rotateurs que dans la région dorsale et dans la région cervicale, aussi le nom d'ensemble qui leur conviendrait le mieux parce qu'il ne préjuge pas de leur action, serait celui de sous-multifide (*submultifidus*).

A. NICOLAS.

Ueber die Knöchelchen in der Symphyse des Unterkiefers vom neugeborenen Menschen (*Ossicula mentalia*) **(Sur la présence d'osselets dans la symphyse du maxillaire inférieur chez le nouveau-né humain (osselets mentoniers), par J. MIES** (*Anat. Anz.*, *VIII Jahrg.*, *n*os 10 *et* 11).

L'auteur a découvert l'existence d'osselets au nombre de deux ou trois qui s'interposent entre les deux moitiés du maxillaire au niveau de la symphyse du menton. Il les a rencontrés 15 fois sur un total de 26 crânes dont le plus jeune était d'un fœtus de 4 à 5 mois, le plus vieux d'un enfant de trois mois. Ces osselets occupent d'habitude l'extrémité

inférieure de la symphyse, visibles à la fois en avant, en bas et en arrière. Leur volume varie, les plus volumineux ont environ les dimensions d'un petit haricot. A. NICOLAS.

Ein Beitrag zu dem Kapitel « Zahnretentionen und Zahnrudimente » (Contribution à l'étude des rétentions et des rudiments dentaires), par ELLENBERGER et BAUM (*Arch. f. Anat. und Physiol. Anat. Abth.*, *p.* 40-66, 1892).

On admet comme règle générale que les dents canines existent chez le cheval mâle, tandis qu'elles font défaut chez la femelle. Il y avait intérêt à rechercher si ces dents ne se forment réellement pas chez la jument ou bien si elles se développent et restent seulement incluses dans le maxillaire. Il fallait au préalable s'assurer que leur absence est bien la règle. Les auteurs ont examiné à ce point de vue plus de 16,000 chevaux vivants. Ils ont trouvé que, chez les étalons, les quatre canines existent dans 99 0/0 des cas ; chez les chevaux hongres dans 98 0/0. Chez les juments 2 à 3 0/0 ont les quatre canines ; 25 à 30 0/0 en possèdent une ou deux, et 70 à 75 0/0 n'en présentent aucune trace extérieure. L'étude de 300 maxillaires de juments âgées leur a fait constater l'existence de 156 canines, mais les 2/3 étaient incluses dans le maxillaire.

L'absence de toutes les canines ou de quelques-unes seulement chez la jument est donc le résultat, généralement, de la rétention de ces dents

Ellenberger et Baum, ce point établi, ont alors étudié, au moyen de coupes, l'état des dents ainsi incarcérées dans l'épaisseur du maxillaire et ont constaté toujours une végétation du tissu osseux. Cette végétation se fait de diverses manières, et amène la destruction de l'émail et de la dentine. La masse de la dent se trouve ainsi de plus en plus réduite, le tissu osseux prenant petit à petit sa place.

Cette régression des canines est tout à fait normale. Il resterait à rechercher, étant donné qu'un grand nombre de juments adultes ne présentent aucune trace de canines, si on n'en trouverait pas les ébauches en examinant des animaux jeunes, et des fœtus, et si, ce qui est infiniment probable, les phénomènes de régression qui ont abouti à leur disparition sont les mêmes que ceux qu'on observe chez l'adulte. A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

Sur l'existence de centres nerveux distincts pour la perception des couleurs fondamentales du spectre, par A. CHAUVEAU (*Compt. rend. acad. des sciences*, 28 *novembre* 1892).

Si l'on s'endort sur un siège placé obliquement devant une fenêtre laissant arriver, sur les deux yeux à la fois, la lumière du ciel éclairé par des nuages blancs, les objets de couleur claire existant dans la chambre paraissent illuminés en vert pendant un très court moment

lorsque les paupières se soulèvent au moment même du réveil. Ce phénomène de perception chomatique ne peut s'interpréter qu'avec la théorie de Yung-Helmholtz, en y faisant jouer le principal rôle aux cellules perceptrices des centres nerveux. Il suffit d'admettre l'indépendance et la spécialisation fonctionnelle des cellules nerveuses centrales préposées à la perception des trois couleurs fondamentales; si un artifice expérimental vient à éteindre passagèrement l'activité de deux de ces organes percepteurs, la lumière blanche qui frappe alors la rétine ne peut être vue qu'avec la couleur à la perception de laquelle est destiné l'organe resté seul actif. Par exemple, si ce sont les cellules préposées à la perception du rouge et du violet qui sont paralysées, le cerveau ne percevra que le vert dans la lumière blanche. On peut de même supposer que les trois ordres d'éléments centraux, après avoir été paralysés, ne recouvrent pas tous simultanément leur activité. C'est précisément ce qui se passe au réveil; c'est l'aptitude à la perception du vert qui se réveille la première.

M. DUVAL.

Sull' origine fisica del mormorio respiratorio, par C. ZANFROGNINI (*Il Morgagni*, *p.* 125, *mars* 1893).

L'auteur a fait plusieurs séries de recherches expérimentales pour déterminer le mode de production du murmure respiratoire. Dans une première série, il a interposé entre la trachée d'animaux et l'oreille des tubes vides ou remplis de ballons de caoutchouc, des fragments d'organes divers, sans que les caractères acoustiques du bruit laryngien fussent notablement modifiés; dans une deuxième série, il a introduit dans la trachée des corps étrangers divers sans que le bruit respiratoire fût influencé; dans une troisième série, l'électrisation du pneumogastrique exerce une influence notable sur les caractères du bruit respiratoire, qui est plus rude et plus prolongé tant à l'inspiration qu'à l'expiration, cette dernière devenant toujours plus intense; dans une quatrième série, l'excision du pneumogastrique rend le murmure respiratoire d'abord plus faible, puis l'abolit. De ces recherches, Zanfrognini conclut que le murmure respiratoire se produit dans les parties périphériques du poumon et qu'il a pour cause l'obstacle apporté à l'entrée de l'air dans les ramifications bronchiques par la contraction des muscles bronchiques.

GEORGES THIBIERGE.

Der Influss des Systems der Vena portae auf die Vertheilung des Blutes (Influence du système de la veine porte sur la répartition du sang), par F. MALL (*Archiv f. Physiologie*, *p.* 409, 1892).

Après oblitération de l'aorte thoracique, les artères de l'intestin ne reçoivent plus de sang. Malgré cela, les grosses branches et le tronc de la veine porte sont encore modérément remplies, car le sang ne peut y vaincre complètement la résistance au passage du foie. Si à ce moment on tétanise le splanchnique, on voit les veines du système porte se contracter jusqu'à suppression de leur lumière et se vider complètement du côté du foie. La pression montera dans la carotide par suite de l'afflux sanguin venu du système porte. Pour évaluer l'importance de cet afflux, l'auteur a cherché à compenser l'action de cet afflux sur la

pression sanguine, en pratiquant au moment de l'excitation du splanchnique une saignée telle que la pression sanguine ne montât pas. Il a constaté que dans certains cas cette saignée représente le quart de la masse totale du sang.

L'auteur a vérifié l'action vasomotrice du splanchnique sur les veines du foie; il a constaté aussi que la voie hépatique n'est pas la seule par laquelle le système porte peut se vider lors de l'excitation du splanchnique. LÉON FREDERICQ.

Variations experimentally produced in the specific gravity of the blood, par SHERRINGTON et Monckton COPEMAN (*The Journal of Physiology*, *XIV*, *p.* 52, *janvier* 1893).

Le poids spécifique est apprécié par la rapidité avec laquelle une goutte de sang tombe, monte ou reste stationnaire dans un liquide de densité connue, entre 1.025 et 1.070, obtenu par un mélange de glycérine boriquée et de sulfate de magnésie, avec une petite quantité de bichlorure de mercure.

Le sang s'y coagule lentement. Les auteurs déterminent le poids spécifique d'un grand nombre d'échantillons de sang de divers animaux. On a ainsi le poids spécifique du sang pris en masse. Dans une seconde série, les auteurs observent les variations du poids spécifique produites par diverses maladies : les chiffres varient de 1,027 (anémie pernicieuse) à 1.062 (myxœdème). L'influence de l'état fœtal; l'influence de l'âge sont également déterminées. Les auteurs examinent avec détail l'effet des injections de la solution physiologique de chlorure de sodium; ils retrouvent les résultats de Cohheim et Lichtheim, et de Dastre et Loye. La densité, chez le lapin injecté, peut être abaissée considérablement, par exemple de 1.055 à 1.027, c'est-à-dire de la valeur primitive à la valeur d'un mélange de volumes égaux de sang et d'eau, et cela sans troubles circulatoires, respiratoires ou nerveux. En peu de temps, deux heures, par exemple, le sang a repris sensiblement sa densité normale. Le procédé peut servir à estimer la quantité de sang en circulation. L'influence des hémorragies est examinée également.

Le poids spécifique du sang veineux n'a pas paru différer notablement de celui du sang artériel. Il en est de même, au moins dans beaucoup de cas, pour le sang de la veine porte et de la veine cave. DASTRE.

Rapports de la capacité respiratoire du sang avec la température animale, par E. MEYER (*C. R. de la Soc. de biologie*, 15 *octobre* 1892).

L'auteur a constaté avec Wertheimer que l'abaissement de la température des animaux intoxiqués (avec aniline, toluidine, pyrodine) était proportionnel à l'altération de l'hémoglobine, c'est-à-dire à la diminution de la capacité respiratoire du sang. Si, préalablement, on a diminué la capacité respiratoire du sang, avant intoxication, par injection d'eau salée remplaçant un volume égal de sang, on arrivera à un abaissement plusconsidérable de la température avec la même dose, à un abaissement égal avec une dose plus faible. DASTRE.

Procédé spectroscopique pour l'étude de la vitesse moyenne de la circulation du sang, par E. MEYER (*C. Rendus de la Société de biologie*, 17 *décembre* 1892).

On prépare du sang chargé de méthémoglobine, en injectant à un chien une matière méthémoglobinisante (aniline, pyrodine, etc.). Puis on pratique une saignée, on défibrine le sang. Ce sang est injecté, grâce à un appareil spécial (canule en fer à cheval), dans une veine du second animal qui doit servir à l'expérience. La veine symétrique est munie du même appareil avec un tube de verre fixé devant la fente du spectroscope. On note le moment de l'injection et le moment de l'apparition du spectre de la méthémoglobine. L'intervalle donne le temps nécessaire pour un tour complet du sang. DASTRE.

Beiträge zur physikalischen Untersuchung des Blutes (Contributions à l'examen physique du sang), par ŒRTEL (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *L*, *p.* 293, 1892).

Oertel cherche un moyen d'obtenir des chiffres, exprimant d'une façon relative la teneur du sang en substances fixes, suffisamment exacts pour permettre des comparaisons et par un procédé suffisamment rapide pour que cette étude n'entraîne pas une perte de temps trop considérable. Il fait d'abord remarquer que la piqûre doit être faite toujours à la même profondeur et que, suivant qu'on ne pique que le réseau papillaire du derme ou bien le réseau veineux du chorion à la pulpe du doigt, on obtient des chiffres fort différents : ceux du sang capillaire restant toujours au-dessous de ceux du sang veineux, à cause de la difficulté avec laquelle les hématies coulent dans les petits vaisseaux. Il détermine l'hémoglobine avec l'appareil de Fleschl, pour la densité il emploie le cytomètre de Bizzozero de la façon suivante : Il mélange du sang à la solution physiologique de sel marin dans la proportion de 1 p. 50 et verse le mélange dans l'appareil. La quantité de mélange de sang normal à 1/50 qui permet de laisser transparaître la flamme de la bougie sert d'unité et est représentée par 100 : c'est le coefficient de densité ; il répond à l'indication 106 de l'appareil. Il est clair que si le sang est moins dense (en matière colorante aussi bien qu'en éléments figurés, que ceux-ci soient des globules rouges, des leucocytes ou des hématoblastes), il faudra une plus grande quantité de mélange et le cytomètre marquera des chiffres plus forts, le coefficient de densité sera donc en raison inverse du chiffre marqué par le cytomètre d'après la formule $x = \frac{100 \times 106}{n}$. C. LUZET.

Ueber das specifische Gewicht des Blutes... (Du poids spécifique du sang et de son rapport avec la teneur en hémoglobine de ce liquide), par MENICANTI (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *L*, *p.* 407, 1892).

M. emploie pour déterminer la densité du sang un mélange de benzol et de chloroforme, où il fait tomber une goutte de sang. Si le sang tombe au fond, il ajoute du chloroforme jusqu'à ce qu'il arrive à faire nager le sang dans le liquide ; pour l'hémoglobine, il en détermine la proportion

avec l'appareil de Gowers. Il est ainsi arrivé aux résultats suivants : chez l'homme sain le poids spécifique du sang est avec l'hémoglobine dans un rapport déterminé constant, qui n'a que des variations individuelles très faibles. Il en est de même dans la chlorose, dans les anémies communes et d'autres maladies. Dans la grossesse et souvent dans les maladies du cœur, ce rapport change de telle façon qu'au même poids d'hémoglobine répond un moindre poids spécifique. C. LUZET.

Ueber die Tension des Sauerstoffes und der Kohlensäure im arteriellen Peptonblute (Sur la tension de l'oxygène et de l'anhydride carbonique dans le sang peptonisé), par Léon FREDERICQ (*Centralbl. f. Physiologie, VII, p.* 33, 1893).

On admet généralement avec Pflüger que l'absorption de l'oxygène et l'exhalation de CO_2 se fait dans le poumon en vertu des lois de la diffusion, la tension du premier de ces gaz étant plus forte dans l'air des alvéoles que dans le sang, tandis que la relation inverse existe pour CO_2. On sait que Bohr s'est élevé contre cette manière de voir. Pour lui, le tissu du poumon joue un rôle actif dans l'échange gazeux respiratoire que les lois de la diffusion gazeuse ne suffisent pas à expliquer. Bohr a fréquemment trouvé la tension de CO_2 nulle ou très faible dans le sang artériel, celle de l'oxygène au contraire plus forte que dans l'air des alvéoles pulmonaires.

L'auteur a repris la question de la détermination de la tension des gaz du sang artériel en expérimentant sur des animaux chez lesquels une injection intraveineuse de propeptone (0 gr. 20 à 0 gr. 25 par kilogr. d'animal) avait rendu le sang coagulable. Le sang de la carotide est amené par un tube de caoutchouc à la partie supérieure d'un réservoir en verre contenant une atmosphère gazeuse de composition connue, il suinte à la surface du verre, puis se rassemble au bas du tube et retourne à l'animal par une canule fixée dans la jugulaire externe. L'expérience peut être prolongé pendant une ou plusieurs heures et permet de mettre une masse gazeuse de petit volume en contact avec une grande quantité de sang qui se renouvelle constamment.

L'auteur a constaté ainsi que la tension de CO_2 est voisine de 3 0/0 d'une atmosphère, celle de l'oxygène comprise entre 10 et 15 0/0 d'une atmosphère dans le sang artériel. Il y a donc confirmation des résultats des expériences de Pflüger en ce qui concerne la tension de CO_2 et la théorie de la respiration ; l'auteur a comblé, en ce qui concerne l'oxygène, une lacune des expériences de Pflüger. Les résultats différents obtenus par Bohr proviennent, d'après l'auteur, de ce que Bohr a admis à tort que l'équilibre de tension entre le sang et une masse gazeuse confinée pourrait être atteint en peu de minutes.

Cet équilibre est à peine atteint au bout d'une heure, alors que le sang se renouvelle constamment à la surface de l'appareil. D.

Influence des congestions diverses sur la richesse du sang en globules rouges ; fonctions hématopoiétiques de la rate, par MALASSEZ (*Société de biologie,* 25 *février* 1893).

Le sang veineux est plus riche en globules rouges que le sang artériel. Le fait est dû surtout à la concentration plus grande du sang veineux.

Dans les tissus, en général, dont on a coupé les nerfs, la richesse globulaire du sang veineux diminue et rapproche de celle du sang artériel, parce que la perte d'eau est relativement moins considérable. Avec la rate, la section des nerfs produit encore la congestion, l'accélération circulatoire, mais la richesse globulaire du sang veineux, au lieu de diminuer, augmente et, cette fois, l'augmentation serait dûe à une véritable néoformation. La rate serait, non pas un organe destructeur, mais un organe formateur de globules rouges. DASTRE.

Beitrag zur Physiologie des Geschmacks (Contribution à la physiologie du goût), par N. ZUNTZ (*Archiv f. Physiologie, p.* 556, 1892).

Une solution de sucre à 12 0/0 par exemple paraît beaucoup plus sucrée quand on y ajoute 0,1 0/0 de chlorure de sodium, c'est-à-dire une quantité de sel trop faible pour donner un goût salé appréciable. Dans ces conditions, la solution à 12 0/0 paraît plus sucrée que la solution à 15 0/0 non additionnée de sel. Le chlorhydrate de quinine suffisamment dilué pour ne plus présenter de goût amer, exerce la même influence sur le goût des solutions de sucre. L'effet ne se montre plus ou s'exerce même en sens inverse, si l'on augmente ces proportions de sel ou de quinine de manière à percevoir le goût de ces substances à côté de celui du sucre. LÉON FREDERICQ.

Sécrétion salivaire et excitation électrique, par N. WEDENSKY (*Compt. rend. acad. des sciences*, 12 *décembre* 1893).

Le nerf moteur étant excité par des courants induits maxima, on n'obtient le tétanos musculaire le plus intense que lorsque les courants irritants présentent une certaine fréquence déterminée, dite optimum de fréquence. En augmentant la fréquence au delà de l'optimum, le tétanos diminue, et l'on peut arriver à une telle fréquence qui ferait le muscle se relâcher complètement, ce qui n'est pas dû à la fatigue du muscle, car en affaiblissant le courant on peut de nouveau obtenir des tétanos plus forts.

Or, en expérimentant sur les nerfs excito-sécrétoires, sur la corde du tympan, on constate des phénomènes semblables. L'optimum de fréquence est d'environ quarante irritations par seconde ; sous l'action d'irritations plus fréquentes, la sécrétion s'arrête, puis recommence de nouveau sous l'influence d'irritations plus rares. Il paraît évident que la suppression de la sécrétion salivaire à la suite des irritations fréquentes et fortes, n'est pas l'effet de l'épuisement. Pour le démontrer, l'auteur prépare sur un chien de grande taille une longueur aussi grande que possible de la corde du tympan, et y place deux paires d'électrodes à une distance aussi grande que possible l'une de l'autre ; en appliquant alors, au milieu de la paire inférieure, des irritations *optimum*, il voit que la sécrétion produite par ces irritations cesse lorsque, à travers la paire inférieure, on fait agir des irritations trop fréquentes ; il suffit d'interrompre ces dernières pour que la sécrétion se renouvelle. M. DUVAL.

The sense of effort, par Aug. WALLER (*Brain, part.* 54, *p.* 178).

Ce long mémoire, riche en expériences et en tracés graphiques, peut ainsi se résumer :

Le sens musculaire existe : nous avons la notion de la position de nos membres par les sensations que nous fournissent la peau, les muscles et peut-être les tendons. Nous aprécions également le poids des objets par la sensation de l'effort nécessaire pour les soutenir, et cette sensation nous est fournie par le sens musculaire. Mais cette propriété, sous forme d'action réflexe centripète d'origine purement musculaire, n'est pas prouvée, et il est plus probable que le facteur le plus important est d'origine centrale et psychique. L'auteur admet que les mouvements d'équilibration et de la marche peuvent être purement réflexes, mais il n'imagine pas que les contractions musculaires de la phonation et de la vocalisation le soient exclusivement : il les regarde comme la conséquence d'un centre de coordination supérieur et non comme le résultat du sens musculaire. Etendant ce raisonnement à tous les autres réflexes, il est tenté d'admettre qu'il existe un centre sensitif de l'innervation motrice, qui contrôle toutes les sensations périphériques et qui les coordonne.

Les deux arguments sur lesquels il s'appuie sont les suivants :

1° La fatigue, conséquence de l'effort, n'a pas seulement des symptômes objectifs périphériques, mais centraux.

2° La réponse motrice aux excitations périphériques est si prompte qu'il est difficile d'admettre que l'arc réflexe ait pu fonctionner par la moelle : l'auteur cherche à le prouver par des tracés relatifs à la vitesse des impressions périphériques.

En somme, pour Waller, l'action coordonnée des phénomènes musculaires dépend de trois facteurs.

a) Une coordination à l'origine centrale de l'acte : cette coordination résultant de l'expérience et consistant dans l'émission d'impulsion nerveuses groupées et mesurées en conformité avec les effets voulus et prévus.

b) Une réponse réflexe appropriée, dont les causes immédiates sont les impulsions centripètes des organes des sens, celles fournies par les muscles, la peau, les articulations, que l'on a englobées sous le nom de sens musculaire.

c) Enfin, une réponse directe du muscle à l'allongement passif de ses fibres et à leurs vibrations intrinsèques.

Quant au phénomène de la fatigue, considéré comme représentant d'une façon exagérée les changements que subit le sens musculaire et le sens de l'effort, voici comment, d'après l'auteur, on doit l'interpréter :

Les faisceaux conducteurs des impressions centripètes (fibres nerveuses) ne souffrent pas de la fatigue, mais celle-ci, dépendant d'un excès d'action nerveuse, atteint de préférence les terminaisons de la chaîne cérébro-musculaire, les plaques motrices nerveuses.

Dans la fatigue volontaire, les modifications des éléments nerveux subissent une progression décroissante du centre à la périphérie. Le sommeil est le type de cette fatigue physiologique qui atteint de préférence et tout d'abord le cerveau, et qui s'étend secondairement aux membres et aux organes. C'est, sous une autre forme, la confirmation de cette donnée que le sens de l'effort n'est pas le résultat de modifications physiques du système nerveux périphérique comme le veut Bastien,

ni exclusivement centrales, comme l'a soutenu Bain : c'est un phénomène à la fois central et périphérique. H. R.

Sur la sécrétion stomacale chez les chiens ayant subi la section sous-diaphragmatique des nerfs pneumogastriques, par N. H. JURGENS (*Arch. des sc. biol. de l'Inst. imp. de méd. expér. de Saint-Pétersbourg, I, p.* 323, 1892).

Cette section des pneumogastriques abolit l'excitation réflexe de la cavité buccale sur la sécrétion stomacale, mais elle ne diminue ni la quantité du suc gastrique, ni sa teneur en acide chlorhydrique : ce suc gastrique contient bien moins de pepsine que le suc normal.

Il existe donc deux modes de sécrétion du suc gastrique : l'une à l'aide du pneumogastrique, l'autre sans son aide. Ces deux sécrétions diffèrent non seulement par les conditions de leur formation, mais encore par le caractère chimique du produit. MOSNY.

Beiträge zur motorischen Funktion des Magens beim Hunde (Contribution à l'étude de la fonction motrice de l'estomac chez le chien), par A. HIRSCH (*Centralbl. f. klin. Med., n°* 47, *p.* 993, 1892).

Chez les chiens préalablement pourvus d'une fistule duodénale et maintenus en bonne santé, l'évacuation du contenu stomacal se fait par actes successifs survenant à intervalles plus ou moins rapprochés (un quart de minute et plus). Cette évacuation commence à un moment plus ou moins voisin de l'ingestion suivant la nature des aliments ingérés. Elle débute immédiatement après l'absorption d'eau, six minutes après celle de bouillon chaud, dix minutes après celle des autres aliments. Chaque fois que le pylore s'entr'ouvre, il ne laisse s'échapper que quelques centimètres cubes de chyme; au début de la digestion, ce chyme s'échappe à intervalles rapprochés et avec une pression assez grande; les intervalles deviennent ensuite plus longs et la pression moins forte. Après un repas abondant, l'évacuation du contenu stomacal n'est complète qu'au bout de quatorze heures. L'anesthésie par l'éther pratiquée pendant la digestion suspend l'évacuation de l'estomac et celle-ci recommence peu à peu après le réveil. L'ingestion d'une quantité modérée d'eau fraîche lui donne une activité nouvelle.

C'est surtout la consistance liquide des aliments chymifiés qui semble provoquer l'ouverture du pylore. LEFLAIVE.

Action motrice du pneumogastrique sur l'estomac, par LIVON (*Marseille médic., n°* 3, *p.* 57, 1893).

L'excitation des pneumogastriques intacts ou de leurs bouts périphériques provoque une contraction graduelle de l'estomac; au bout d'un certain temps, malgré la persistance de l'excitation, l'estomac se relâche, pour se contracter à nouveau plus faiblement.

Lorsque l'excitation porte sur un seul nerf, les effets sont les mêmes, mais moins intenses. LEFLAIVE.

La consommation du sucre est-elle diminuée chez les diabétiques? par R. LÉPINE (*Semaine méd.*, 11 *mars* 1893).

L. combat d'une façon absolue, en s'appuyant sur ses recherches antérieures, les propositions de Kaufmann et Chauveau.

L'hyperproduction du sucre chez les diabétiques est évidente: 1° parce qu'ils excrètent plus de sucre qu'il ne s'en forme par jour chez un sujet normal ; 2° parce que certains agents qui sont loin d'augmenter la glycolyse, peuvent diminuer la glycosurie. A. C.

Le pancréas et les centres nerveux régulateurs de la fonction glycémique, par A. CHAUVEAU et KAUFMANN (*Mémoires de la Société de biologie*, 11 *mars* 1893).

Ce mémoire résume les nombreuses expériences des auteurs : ils avaient déjà annoncé que l'hyperglycémie et l'hypoglycémie, observées dans les conditions les plus diverses, devaient être attribuées à une modification de la production hépatique plutôt qu'à des accidents de la consommation. Ceci résulte de la constatation que dans l'état pathologique comme dans l'état normal le sang artériel est toujours, ou à peu près toujours plus riche en glycose que le sang veineux. — La production hépatique, d'autre part, est sous l'influence directe du système nerveux (exp. du plancher du 4e ventricule de Cl. Bernard) et dont l'influence frénatrice du pancréas (v. Mering et Minkowski). Le pancréas est couplé au foie, et modère l'activité des cellules de cet organe qui fabriquent sans mesure lorsque'elles sont soustraites à cette modération. Celle-ci s'exerce d'ailleurs par une sécrétion interne du pancréas. Cette sécrétion interne agit sur le foie surtout d'une manière indirecte, par une action préalable sur le système nerveux qui régit l'organe hépatique. Les expériences conduisent aux conclusions suivantes :

1° La fonction glycose formatrice du foie est placée sous l'influence directrice d'appareils régulateurs. 2° Le diabète expérimental de v. Mering et Minkowski montre que le pancréas joue un rôle de premier ordre dans la régulation de cette fonction. 3° L'influence du pancréas ne s'exerce pas directement sur le foie; elle agit surtout sur des centres nerveux auxquels est départi le rôle de régulateurs de l'activité hépatique. 4° Les centres régulateurs sont au nombre de deux : un *centre frénateur* situé dans le bulbe; un *centre excitateur* à la partie supérieure de la moelle cervicale, entre le bulbe et la quatrième paire spinale. 5° Le centre frénateur du foie transmet son action au système grand sympathique par les *rami communicantes* des quatre premières paires cervicales. Le centre excitateur transmet la sienne par les paires suivantes (dernières paires de la première moitié de la région dorsale). 6° Le pancréas actionne ces deux centres en sens inverse l'un de l'autre, de manière à produire des effets cumulatifs. Le centre frénateur est activé, l'excitation modérée par la sécrétion interne du pancréas. L'ablation du pancréas détruit l'action frénatrice et exalte l'action excitatrice. D'où suractivité de la production du sucre, hyperglycémie, glycosurie. 7° La section bulbaire entre l'atlas et l'occipital isole le centre frénateur. Il y a accentuation des effets du centre excitateur, hyperglycémie, glycosurie. 8° La section médullaire entre la quatrième paire cervicale et la sixième dorsale laisse subsister le frénateur mais détruit l'action de l'excitateur : il y a hypoglycémie. 9° Les deux centres n'agissent pas directement sur le foie, mais par l'intermédiaire des ganglions sympathiques interposés. 10° Ceux-ci sont de véritables centres secondaires, autonomes, où se rencontrent et se modifient les actions frénatrices et excitatoires. 11° et

12° Ces ganglions conservent l'influence reçue, l'excitation qui ne peut être détruite que par une excitation contraire, et non par une suppression de centre, ni même par la suppression du pancréas. 13° Cette identité montre que le pancréas est frénateur du foie par son action sur les centres nerveux hépatiques. 14° L'action de ces centres hépatiques est conjuguée avec celle des vaso-moteurs. 15° Il est probable que la sécrétion pancréatique interne limite le mouvement de désintégration général qui fournit les matériaux du sucre hépatique. 16° Il y a unité dans la pathogénie du diabète. Les troubles essentiels frappent les centres et particulièrement le centre frénateur. DASTRE.

Dosage de l'excitation électrique des tissus vivants, par D'ARSONVAL (*Société de biologie*, 25 *mars* 1893).

Une excitation n'est physiologiquement définie que lorsque l'on connaît la courbe caractéristique de l'excitation. Il ne suffit pas d'employer la méthode du condensateur de Chauveau, capacité déterminée chargée à potentiel connu : il faut que la décharge ait lieu suivant une loi constante et connue. On y arrive en fixant les deux armatures d'un condensateur à air parallèlement aux extrémités des branches d'un diapason vibrant; la capacité variera suivant la loi du sinus. — On peut faire varier la force électro-motrice de charge en faisant tomber un court barreau aimanté, d'une hauteur connue, à travers une bobine fixe, ou une petite masse de fer doux, devant un barreau aimanté fixe portant une petite bobine. Enfin l'alternateur sinusoïdal constitue le meilleur procédé. DASTRE.

Démonstration anatomique de la récurrence nerveuse, par FROMONT (*Société de biologie*, 25 *février* 1893).

On rencontre très fréquemment chez l'homme, une anostomose entre les deux branches du nerf médian; venue du plexus brachial par l'une des racines du médian, elle retourne à ce plexus par l'autre racine sans avoir donné aucun rameau, soit à la peau, soit aux muscles. Son rôle ne peut que se rattacher aux phénomènes de la sensibilité récurrente. DASTRE.

I. — Influence comparée de la section de la moelle et de sa destruction sur la calorification chez le lapin.

II. — Sur le réchauffement automatique de la marmotte dans ses rapports avec le tonus musculaire.

III. — Influence du foie sur le réchauffement automatique de la marmotte, par R. DUBOIS (*Société de biologie*, 25 *février et* 4 *mars* 1893).

I. — Un lapin à moelle détruite, et un lapin à moelle coupée, (quatrième vertèbre cervicale) se refroidissent sensiblement de la même manière. La tonicité musculaire conservée chez ce dernier (ou même exagérée jusqu'à a contraction), n'empêche, ni même ne ralentit pas le refroidissement.

II. — Dans l'état de torpeur complète, la tonicité musculaire est conservée, même exagérée, surtout dans les muscles fléchisseurs. Les animaux hibernants se roulent en boule. La tonicité musculaire ne joue pas de rôle dans le réchauffement, car la suppression de cette tonicité dans une grande partie du corps (section de la moelle entre la quatrième et

cinquième vertèbre dorsale) n'a pas d'influence notable quant au réveil et au rétablissement de la température. Le foie est le principal foyer de réchauffement.

III. — Les courbes thermiques montrent que la température s'élève plus rapidement dans le foie que dans les autres organes. Le sang qui s'échappe du foie peut encore s'échauffer d'une légère quantité dans le thorax. L'interruption de circulation de la glande hépatique n'arrête pas immédiatement et radicalement le réchauffement, comme fait l'extirpation des ganglions semi-lunaires. DASTRE.

I. — Glande et glandules thyroïdes du chien, par E. GLEY (*Société de biologie*, 25 *février* 1893).

II. — Sur la nature des glandes thyroïdiennes du chien, par E. GLEY et C. PHISALIX (*Ibid*).

III. — Sur la fonction thyroïdienne, par G. MOUSSU (*Ibidem*, 11 *mars* 1893).

IV. — Remarques sur cette communication, par E. GLEY (*Ibidem*).

I. — Christiani a décrit chez le rat des glandules accessoires enchâssées dans la masse principale. Gley trouve la même disposition chez le chien. La glandule existe vers le tiers supérieur de la face externe de chaque lobe plus près du bord antérieur que du postérieur, engagée dans le tissu mais cependant distincte. Il y a des variétés nombreuses; les glandules peuvent être simplement attenantes ou même entièrement isolées.

II. — La structure de ces organes est analogue à celle de la glande thyroïde fœtale.

III. — Deux lapins ont subi la thyroïdectomie simple, les parathyroïdes se sont hypertrophiées et ont triplé le volume, mais elles ont conservé la structure embryonnaire et n'ont manifesté aucun changement qui les acheminerait vers l'état adulte : elles s'hypertrophient en conservant leurs caractères propres.

IV. — La conservation des glandules qui s'hypertrophient n'en suffit pas moins à empêcher les accidents aigus consécutifs à la thyroïdectomie : elle ne laisse subsister que les troubles chroniques (cachexie) et quelquefois les empêche aussi. DASTRE.

Respiration placentaire à l'état normal et à la suite d'une hémorragie de la mère, par L. BUTTE (*Société de biologie*, 25 *février* 1892.

Cohnstein et Zuntz (1884) ont montré par leurs analyses du sang de l'artère et de la veine ombilicales (artère : $O=6.69$; $CO^2=46.54$. Veine : $O=11.36$; $CO^2=41.82$) que le sang veineux est plus oxygéné que l'artériel, c'est-à-dire que c'est la mère qui fournit l'oxygène au fœtus. B. vérifie ce résultat chez la chienne, et il cherche ce qui se passe en cas d'hémorragie de la mère. Il trouve que le sang artériel est beaucoup plus chargé de gaz que le veineux, à la fois quant à l'O et à l'acide carbonique (60 au lieu de 47), fait exceptionnel dans les analyses du sang. DASTRE.

Note sur le mécanisme de la rumination chez l'homme atteint de mérycisme, par G. LEMOINE et G. LINOSSIER (*C. R. de la Société de biologie*, 25 *mars* 1893).

Chauveau et Toussaint, étudiant la rumination des animaux, ont mis en évidence la participation de la respiration à cet acte en montrant le rôle joué par la diminution de pression intrathoracique. Les auteurs étudient le mérycisme de l'homme et y retrouvent le même mécanisme. Il y a deux périodes. Dans la première, il y a abaissement du diaphragme avec fermeture de la glotte, d'où résultent une diminution de la pression intrathoracique, une dilatation de l'œsophage où s'introduit l'air extérieur, une traction de l'œsophage inférieur formant alors avec le pharynx un tube rigide. La seconde période est marquée par l'entrée en jeu des muscles inspirateurs qui accentuent le phénomène et contribuent à l'aspiration du contenu stomacal et par la contraction des muscles abdominaux qui, comprimant l'estomac contre le diaphragme, tendent à en expulser le contenu. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

Revue critique des procédés employés pour le dosage de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, par A. MIZERSKI et L. NENCKI (*Arch. des sc. biol. de l'Inst. imp. de méd. exp. de Saint-Pétersbourg*, *I*, 235, 1892).

Les procédés colorimétriques basés sur les changements de coloration des matières colorantes sont inexacts et ne doivent par conséquent pas être employés en clinique.

Restent les trois procédés suivants actuellement usités en clinique :

1° Le procédé barytique de Sjöqvist qui est peu commode, inexact, et ne donne que des résultats approximatifs;

2° Le procédé alcalimétrique de Sehmann-Braun qui est plus simple, plus commode, mais donne également des résultats inexacts et variables suivant le contenu de l'estomac;

3° Le procédé chlorimétrique de Prout-Winter, qui est le meilleur, car il est commode, simple, exact et permet de doser l'acide chlorhydrique sous quelque forme qu'il existe dans le contenu de l'estomac. Il serait donc à désirer, pour avoir des résultats comparables, de le voir adopter dans toutes les études cliniques et physiologiques du contenu de l'estomac. MOSNY.

I. — Methods of precision in the investigation of disorders of digestion, par J. H. KELLOG (*Battle Creek-Mith*, 1893).

II. — Sulla esattezza del metodo... (De l'exactitude de la méthode chloromé-

trique de Winter pour l'examen du contenu stomacal), par G. CAVALLERO et S. RIVA-ROCCI (*Gazzetta medica di Torino*, *n*os 5, 7, 9, 10, 1893).

III. — Ueber die quantitative Salzäurebestimmung im Mageninhalt (Sur la détermination quantitative de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique), par G. LANGERMANN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXVIII*, 3).

I. — Ce travail, lu à Cincinnati, au Congrès médical du 13 octobre 1892, résume et classe plus de trois cents cas de dyspepsies d'après les données de l'analyse chimique.

La classification suivie est celle de Hayem, et la méthode d'analyse employée, celle de Winter.

L'auteur fait l'éloge des recherches de Hayem et Winter, et montre tous les avantages pratiques qui résultent de l'application des données que ces auteurs ont introduites dans l'étude des dyspepsies.

L'auteur précise fort bien et a parfaitement saisi la valeur des données fournies par l'analyse, et exposées par Hayem et Winter dans leur chimisme stomacal qui lui a servi de guide.

II. — Travail chimique très étendu et très documenté. Les auteurs répondent par des faits chimiques précis à toutes les critiques soulevées jusqu'à ce jour contre la méthode chlorométrique d'analyse du suc gastrique.

Les auteurs concluent que la méthode chlorométrique de Winter est, dans l'état actuel des connaissances, exacte et, finalement, la meilleure pour les recherches scientifiques et pratiques sur l'HCl stomacal.

C'est, jusqu'à ce jour, le travail qui apporte le plus de documents exacts et nettement formulés sur la question des méthodes d'analyse du suc gastrique. W.

III. — Les méthodes de Leo, Sjöqvist et Lüttke ne permettent pas de déterminer séparément l'acide chlorhydrique libre et combiné; elles exigent les ressources d'un laboratoire.

La méthode vraiment pratique de doser qualitativement l'acide chlorhydrique libre est celle de Mintz. Le dosage quantitatif des autres acides contenus dans le suc gastrique se fait le mieux d'après la méthode de Cahn et v. Mering. Lorsque le suc gastrique ne renferme pas d'acide chlorhydrique libre, lorsqu'on veut déterminer l'acide chlorhydrique combiné ou bien encore lorsqu'on se propose de faire une étude scientifique du suc gastrique, la meilleure méthode est celle de Hayem-Winter. Non seulement cette dernière n'exige pas plus de temps et de pratique que les autres méthodes, mais elle donne les meilleurs renseignements sur la sécrétion et les qualités du suc gastrique. ÉD. RETTERER.

Contributions à l'étude des processus chimiques dans les intestins de l'homme, par JAKOWSKI (*Arch. des sciences de l'Inst. de méd. expér.*, *Saint-Pétersbourg*, *I*, *p.* 539, 1892).

L'auteur a recherché par l'analyse chimique quelles étaient les actions subies par les aliments à leur passage dans le tube intestinal, mais il a plus particulièrement étudié les processus de décomposition des hydrates de carbone et des matières albuminoïdes. Il s'est, pour cela, servi de deux

malades porteurs l'un d'une fistule du gros intestin (probablement colon ascendant), l'autre d'une fistule de l'intestin grêle : ces deux malades étaient astreints l'un et l'autre à un régime identique en rapport avec les recherches que l'auteur se proposait de faire.

De son intéressant travail, Jakowski conclut que le gros intestin renferme surtout des produits d'hydratation (leucine) et de décomposition complète des matières albuminoïdes, et en outre de décomposition des pigments biliaires et de réduction de la bilirubine en urobiline. Le contenu de l'intestin grêle est surtout constitué par des produits de décomposition des hydrates de carbone : il y a trouvé une notable quantité d'alcool, et ce corps avait naturellement été exclu de l'alimentation.

Jakowski faisant l'analyse bactériologique qualificative du contenu du gros intestin et de l'intestin grêle, et recherchant les propriétés des microbes qu'il avait isolés sur les hydrates de carbone et l'albumine dont il avait étudié les transformations, trouva précisément dans chacune de ces parties du tube intestinal les microrganismes dont l'action s'exerce sur l'une ou l'autre de ces substances.

C'est ainsi que l'alcool produit, dans l'intestin grêle, aux dépens des hydrates de carbone, est dû à l'action de certains microbes et en particulier le Bact. Bischleri, le Bact. Hei Freyi, le Bact. lactis aerogenes d'Escherich, le Bact. ovale ilei et le Bact. gracilis ilei, tous organismes qu'on trouve surtout dans l'intestin grêle.

De même, la décomposition des albuminoïdes serait dûe principalement aux Bac. liquefaciens ilei, au streptococcus coli gracilis, au Bac. pyocyaneus et au Bac. putrificus coli Bienstock qui se trouvent plus particulièrement dans le gros intestin. MOSNY.

Recherche de la bile dans les liquides de l'organisme, par R. v. JAKSCH (*Verhandl. des X. Congr. f. innere Medic.*), *et* **D. VITALI** (*L'Orosi, XV, p.* 42).

La recherche des matières colorantes de la bile dans le sang se fait facilement, d'après Jaksch, en recueillant par saignée 10 à 15 c. c. de sang, laissant coaguler, et coagulant ensuite à 80°, en couche mince, du sérum filtré. Le sérum normal, traité de cette manière est jaune clair, et présente un trouble laiteux : s'il renferme de la matière colorante de la bile, il est coloré en vert clair, et la coloration devient vert pré lorsqu'on chauffe à 50-60°.

D'après D. Vitali, la présence de matières colorantes de la bile est reconnue dans l'urine des ictériques par agitation avec de l'hydrate d'alumine, qui, après filtration et lavage, reste coloré en jaune, ou même en vert ou bleu verdâtre s'il y a de la biliverdine en même temps que la bilirubine. L'hydrate de cuivre est également coloré en vert. L'albumine de l'œuf, coagulée en présence de l'urine se colore en jaune. Vitali utilise la réaction bien connue du chloroforme en ajoutant d'abord du chloroforme, puis de l'alcool absolu jusqu'à ce que tout le chloroforme soit dissous, et enfin de l'eau, qui sépare le chloroforme coloré en jaune, dont l'évaporation laisse un résidu qui peut servir à d'autres réactions.

Pour la recherche des acides de bile, Vitali décolore 60 centimètres cube d'urine par agitation avec du sulfure de plomb. La liqueur filtrée

et les eaux de lavage sont évaporées à 20 centimètres cubes et divisées en deux portions. Dans la première on ajoute de l'albumine, on coagule par ébullition en présence d'acide acétique, on filtre et on épuise le coagulum, d'abord par l'eau, puis par l'alcool absolu, qui dissout les acides de la bile. Dans l'autre portion, on ajoute de l'acétate de quinine, du chloroforme, puis de l'alcool jusqu'à ce que le chloroforme soit dissous et enfin de l'eau, qui précipite le chloroforme ; par évaporation de ce dissolvant, on obtient les acides de la bile. FERNBACH

I. — Ueber den Stickstoffhaushalt der Nierenkranken (Budget de l'azote chez les néphritiques), par von NOORDEN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 43, *p.* 1093, 24 *octobre* 1892).

II. — Discussion de la Société de médecine interne (*Ibidem*, *n°* 47, *p.* 1204, 21 *novembre* 1892).

I. — Il ressort des recherches de von Noorden et Ritter que dans la plupart des cas de néphrite, l'élimination d'azote par les selles n'est pas plus considérable que chez les gens bien portants. Dans une minorité des cas, l'excrétion d'azote par les garde-robes est supérieure à celle de l'état normal; elle peut s'élever au double, mais, envisagée au point de vue absolu, elle est toujours peu considérable, ne dépassant que tout au plus de 1 gramme la quantité normale.

L'augmentation de l'excrétion d'azote par les matières fécales n'est liée à aucune forme de néphrite; dans toutes, elle peut se présenter ou faire défaut.

Chez un même individu, elle est sujette à de fortes oscillations. L'état général ne fournit aucune indication à cet égard.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici de malades urémiques; lorsque l'urémie se complique de diarrhée profuse, l'état de choses doit être différent.

La rétention d'azote est de règle dans les cas de néphrite aiguë survenant chez des gens sains. Mais il y a des exceptions. Il est des néphrites hémorragiques aiguës dans le cours de maladies infectieuses, où l'excrétion d'azote reste normale, malgré la rareté des urines, leur riche teneur en albumine et leur densité élevée.

En ce qui concerne le mal de Bright chronique, Bartels a fait connaître l'essentiel. D'après lui, il n'existe pas de différence fondamentale entre les formes parenchymateuse et interstitielle et Rosenstein est arrivé aux mêmes conclusions. Voici d'ailleurs ce qui résulte de nombreux récents travaux sur ce point. Chez beaucoup de malades atteints de néphrite interstitielle ou même de néphrite parenchymateuse chronique, l'excrétion d'azote par les urines est normale, c'est-à-dire qu'elle dépend exclusivement de l'état général et de l'alimentation. Dans d'autres cas de néphrite chronique, on ne trouve dans l'urine et les matières fécales qu'une quantité d'azote très inférieure à celles de l'alimentation et de la désassimilation présumable de l'albumine ; la différence peut atteindre plusieurs grammes par jour. La proportion d'azote retenue n'est aucunement en rapport avec l'œdème.

Von Noorden et Ritter ont reconnu que le pouvoir d'élimination des reins varie beaucoup dans le cours de la néphrite chronique. L'action

d'un régime riche en azote est peu marquée sur l'albuminurie ; dans beaucoup de cas, elle est nulle ; dans d'autres, insignifiante ou passagère. Tout dépend de l'état des reins.

Dans le court stade d'état de la néphrite aiguë, dans les poussées brusques de la néphrite chronique, et au début de l'urémie, une alimentation pauvre en azote peut présenter des avantages en ménageant les reins, sans nuire à l'économie. Mais il n'en est plus de même dans les néphrites chroniques parenchymateuses ou interstitielles à évolution régulière sans soubresauts, où le régime pauvre en azote devrait être continué des mois ou des années. Il serait peut-être utile aux reins, mais l'organisme en souffrirait. Une alimentation riche favorise indubitablement l'élimination de l'urée accumulée dans les tissus. D'ailleurs les succès de la diète lactée parlent en faveur d'un régime riche en azote : 2 litres de lait apportent à l'économie 75 grammes d'albumine. En somme, von Noorden estime qu'on doit laisser aux malades atteints de néphrite chronique, spécialement interstitielle, le régime auquel ils sont habitués, s'il n'est pas déraisonnable.

II. — A. Baginsky et Dronke ont fait quelques recherches sur l'élimination de l'azote chez les enfants atteints de néphrite aiguë et soumis à la diète lactée. La diminution d'excrétion est précoce, mais moins considérable qu'on ne pourrait le croire (de 0 gr. 5 à 2 gr. 9 par jour) ; de plus, quand il y a de la fièvre, il survient rapidement une augmentation de l'excrétion. Pour reconnaître où se produisait le défaut d'élimination, A. Baginsky a fait quelques expériences en administrant 10 centigrammes d'iodure potassique. Chez les enfants sains, l'élimination de l'iodure commence 1/2 heure après l'ingestion et a complètement pris fin au bout de 24 heures. Chez un enfant convalescent de néphrite, l'élimination de l'iodure a été encore plus rapide. Mais chez un autre en pleine néphrite, l'élimination n'a débuté qu'au bout de 1 h. 1/4 et était loin d'être terminée au bout de 24 heures.

Dans le régime des néphritiques, contrairement à von Noorden, Senator est d'avis d'introduire les aliments d'épargne de l'albumine, tels que les hydrates de carbone et les graisses. Il en exclut les œufs durs, les viandes fumées ou salées ainsi que le fromage.

Hirschfeld estime qu'on ne doit pas donner plus de 70 grammes d'albumine par jour aux néphritiques.

Leyden partage l'opinion de Senator : maintenir les forces des malades en leur administrant des aliments d'épargne de l'albumine pour compenser la pénurie en azote de leur régime.

Von Noorden a fait également des expériences sur l'élimination de l'iodure de potassium chez les néphritiques, mais il a constaté que ce corps est souvent retenu dans l'organisme, alors que l'excrétion d'azote s'effectue convenablement. J. B.

Ueber alimentäre Oxalurie, par ABELES (*Wiener klin. Wochenschr.*, *nos* 19 *et* 20, 1892).

La quantité d'acide oxalique éliminée quotidiennement par les urines normales ne varie que dans les limites indiquées par Fürbringer ; elle n'augmente pas par l'usage d'aliments contenant de l'acide oxalique,

c'est-à-dire qu'il n'existe pas d'oxalurie alimentaire. L'oxalate de chaux étant insoluble, l'acide oxalique ingéré sous cette forme n'est pas absorbé; quant aux oxalates solubles, ils se transforment sans doute dans le tube digestif en oxalate de chaux insoluble. Aussi, pour déterminer de l'oxalurie, faut-il absorber par le tube digestif une quantité d'oxalates solubles bien supérieure à celle qui peut être contenue dans les aliments. Par contre, il suffit d'une forte petite quantité d'oxalate neutre de soude incorporée par injection sous-cutanée pour déterminer une oxalurie passagère.

Les aliments riches en acide oxalique ne déterminent aucune augmentation sensible de l'excrétion d'acide urique. Il n'y a donc aucun motif d'interdire aux malades atteints d'affections rénales ou de calculs l'usage des aliments qui contiennent de l'acide oxalique sous une forme quelconque. LEFLAIVE.

Ueber den Nachweis von Fermenten und Giften im Blute (Recherche des ferments et poisons dans le sang), par R. KOBERT (*Pharm. Centralhalle, XXXII, et Hyg. Rundsch., II, n° 22, p.* 1006, 15 *novembre* 1892).

Pour isoler les matières toxiques contenues dans le sang, il faut un réactif qui ne coagule que l'hémoglobine ou l'artérine et la phlébine, c'est-à-dire les substances mères de l'hémoglobine et de l'oxyhémoglobine et qui n'altère en rien les autres substances albuminoïdes. On peut à cet effet se servir de la poussière de zinc chimiquement pur. Quand on a affaire à du sang tout à fait frais d'animaux ou d'hommes sains, il est nécessaire avant d'ajouter le zinc de neutraliser l'alcalinité du sang. Lorsqu'il s'agit de sang de cadavre ou de malades ou de sang ayant séjourné à l'air, au bout de 2 jours au plus, l'alcalinité a tellement diminué qu'il n'est plus besoin d'une neutralisation préalable.

En outre, le sang doit être exempt de méthémoglobine. S'il en contient, on le laisse reposer jusqu'à ce qu'elle ait disparu, ce qui arrive souvent au bout de 24 heures déjà.

Alors on dilue au moins au quintuple le sang avec de l'eau et on y ajoute une quantité de poussière de zinc égale au moins à la moitié du poids du sang originel. On mélange ensuite exactement le sang, l'eau et le zinc en agitant de façon à obtenir une masse homogène, mousseuse; puis on filtre à l'aide de la pompe aspirante et on lave le résidu. Le filtrat est libre d'hémoglobine mais renferme la matière colorante jaune du sérum et une petite quantité de zinc dans le cas seulement où il existait dans le sang des composés d'acides organiques. Le résidu, qui forme un caillot volumineux, dense, de couleur rouge brun, ne retient tout au plus, en fait de poisons organiques, qu'une fraction de l'acide cyanhydrique et de l'oxyde de carbone, tandis qu'on a dans le filtrat la totalité des glycosides, des alcaloïdes, des toxalbumines, des ferments, des amides, etc.

Pour expérimenter les effets de ce filtrat sur les animaux, on en agite un échantillon avec une solution de sulfure de sodium, on enlève le précipité et l'on injecte le produit filtré.

Les microrganismes sont restés dans le caillot. Si l'animal offre des phénomènes d'intoxication à la suite de l'injection du produit filtré, on additionne un 2e échantillon du filtrat d'une goutte d'une solution de fer-

rocyanure de potassium et d'acide acétique, on décante le précipité qui renferme la totalité du zinc et des matières albuminoïdes, et, après neutralisation, on injecte ce filtrat à un autre animal. Si, contrairement au premier, celui-ci ne présente pas de symptômes d'empoisonnement, c'est la preuve que chez l'autre ils étaient dus à un poison albuminoïde, puisque le ferrocyanure de potassium et l'acide acétique ne précipitent pas d'autres toxiques. On peut alors procéder à l'isolement des matières albuminoïdes dans la portion principale du filtrat originel, en la traitant par l'alcool, le sulfate d'ammoniaque, etc. Si le 2e animal est intoxiqué comme l'autre, cela prouve qu'on se trouve en présence d'un poison non albuminoïde. Il faut alors dépouiller de son albumine la totalité du filtrat originel et rechercher dans le liquide filtré au clair, par la méthode de Dragendorff, les poisons alcaloïdes. J. B.

I. — Die Enteiweissung des Blutes zum Behufe der Zuckerbestimmung (La séparation des albuminoïdes du sang pour le titrage du sucre), par J. SEEGEN (*Centralblatt f. Physiologie, VI, p.* 501, 1892).

II. — Ueber eine neue Methode der Blutenteiweissung zum Behufe der Zuckerbestimmung (Une nouvelle méthode de précipitation des albuminoïdes du sang pour le titrage du sucre), par J. SEEGEN (*Ibidem, VI, p.* 604).

I. — Comparaison des méthodes d'Abeles (précipitation des albuminoïdes par une solution alcoolique d'acétate de zinc), de Schenck (précipitation par l'acide chlorhydrique et l'iodhydrargyrate de mercure), de Weigert (précipitation par une grande quantité d'alcool à 96°), de Claude Bernard (ébullition en présence d'un poids de sulfate de sodium égal au poids du sang) et de Schmidt-Mülheïm-Hofmeister (précipitation par l'acétate de fer).

L'auteur rejette la méthode de Weigert, admet celles de Schenck et de Claude Bernard pour certains cas, mais préfère en général celle de Schmidt-Mulheim.

Il applique cette méthode de la façon suivante :

Il chauffe légèrement dans une capsule 50 centimètres cubes de sang dilué avec huit à dix fois son volume d'eau distillée, ajoute 4 à 5 centimètres cubes de perchlorure de fer (solution contenant 90 gr. de perchlorure pour 500 c. c. d'eau), 15 centimètres cubes de solution d'acétate de sodium (130 gr. d'acétate pour 500 c. c. d'eau) et assez de carbonate de sodium pour que la réaction reste très légèrement acide ou même légèrement alcaline. On fait bouillir le mélange, puis on filtre et on lave le coagulum à différentes reprises.

II. — 50 centimètres cubes de sang sont additionnés de 5 centimètres cubes d'acide acétique concentré (densité 1.040) dilués avec 8 à 10 volumes d'eau, puis chauffés presque jusqu'à ébullition, c'est-à-dire jusqu'à disparition complète de la couleur rouge du sang. On ajoute par petites portions une solution à 20 0/0 de carbonate de sodium jusqu'à ce que le liquide ait pris un ton café au lait, puis on laisse bouillir pendant quelques instants. Il faut généralement 9 à 10 centimètres cubes de la solution de carbonate de sodium pour atteindre ce ton, qui indique la précipitation complète des albuminoïdes. Le liquide qui surnage est absolument clair et peut être utilisé pour le titrage volumétrique du

sucre : laver et exprimer le coagulum, filtrer les liquides, les concentrer et titrer au moyen de liqueur de Fehling. LÉON FREDERICQ.

Ueber methaemoglobinbildende Gifte, par Paul **DITTRICH** (*Arbeiten aus d. pharmakolog. Institut der deutschen Universitaet zu Prag et Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 3e *série*, *III*, 223, *janvier* 1892).

Le spectre de l'hémoglobine pure ne présente qu'une seule raie d'absorption bien caractérisée, $\lambda = 632$. En s'en éloignant dans la direction de l'extrémité la plus réfringente du spectre, l'obscurcissement s'accroît par échelons et l'on trouve une augmentation manifeste de l'absorption à droite et en arrière de D (en $\lambda = 579$), ainsi qu'un autre encore plus intense en $\lambda = 553$. L'obscurcissement placé derrière D, à peine délimité du vert, ne paraît qu'une raie d'absorption très peu distincte, qui correspond à la deuxième raie de la méthémoglobine, signalée par d'autres observateurs. Quant aux raies III et IV attribuées à la méthémoglobine, Dittrich ne les a jamais vues.

La formation de la méthémoglobine aux dépens de l'oxyhémoglobine n'est pas un processus d'oxydation ; elle peut s'effectuer dans des solutions par seul apport de chaleur. La dilution de la solution ne favorise cette transformation qu'en dissolvant des hématies encore intactes.

Au surplus, la formation de la méthémoglobine est provoquée par diverses substances chimiques et non seulement par des corps oxydants ou réducteurs (ozone, iode, hypochlorite de soude, chlorates, nitrites, nitrates, nitroglycérine, substances organiques nitrées, corps azoïques, hydrogène naissant, hydrogène palladié, pyrogallol, pyrocatéchine, hydroquinone, alloxantine), mais aussi par de nombreux corps parfaitement neutres, tels que l'acétanilide, le sel de cuisine et les liqueurs salines les plus variées.

La transformation de l'hémoglobine oxygénée en méthémoglobine n'est pas accélérée par l'apport d'oxygène gazeux. Quand ce sont des agents oxydants qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine, il se produit, comme corps intermédiaire, de l'hémoglobine oxygénée.

Quand on fait agir des agents réducteurs sur une solution d'hémoglobine non oxygénée, ou bien la transformation en méthémoglobine n'a pas lieu, ou bien elle s'opère aussi par l'intermédiaire d'oxyhémoglobine.

L'opinion souvent émise que les substances dissolvant les hématies provoquent surtout les symptômes de la méthémoglobinémie ne concorde pas avec les faits. Comme la méthémoglobine dissoute à l'état libre dans le sang disparaît très rapidement de la circulation, la dissolution des hématies n'est pas favorable à son accumulation dans le sang. Au contraire, la méthémoglobinémie est surtout l'effet des poisons qui portent leur action sur la matière colorante du sang, sans léser simultanément le stroma des globules.

Aussi dans les degrés peu intenses de méthémoglobinémie, la restitution *ad integrum* du sang est possible, mais quand les altérations sanguines sont graves, les hématies chargées de méthémoglobine peuvent succomber secondairement. J. B.

Sugar in the urin during puerperal state, par CANN et TURNER (*Lancet, p.* 1443, 24 *décembre* 1892).

Cann et Turner ont trouvé du sucre dans l'urine des femmes récemment accouchées. On le trouve plus souvent sous forme de lactose que de glucose. La quantité atteint son maximum vers le cinquième jour de l'accouchement. Elle dépend de l'état des seins, de la quantité et de la qualité du lait, de la façon dont l'enfant tête. Elle diminue très vite si l'allaitement est supprimé ou si l'enfant tête tout le lait produit.

Bonall, dans un cas analogue, crut devoir attendre quelques jours avant de faire une périnéorraphie. Honocks croit qu'on peut opérer ces malades, qui ne sont nullement des diabétiques. A.-F. PLICQUE.

Variazioni di alcuni principii dell' orina nella cirrosi epatica in rapporto con l'alimentazione, par G. AIELLO et H. SOLARO (*Il Morgagni, p.* 1 *et* 65, *janvier et février* 1893).

La quantité d'urée éliminée par les urines dans les vingt-quatre heures diminue dans la cirrhose hépatique; cette quantité présente des variations assez importantes d'un jour à l'autre. La diète lactée augmente l'élimination de l'urée, en même temps qu'elle augmente la quantité d'urine émise, laquelle peut être triplée. L'élimination de l'ammoniaque augmente en même temps que diminue l'élimination de l'urée; la diète lactée diminue l'élimination de l'ammoniaque. Les chlorures présentent une diminution par rapport à l'urée, et la proportion reste la même pendant l'emploi de la diète lactée. L'urochrome oxydé et l'urobiline, qui sont assez abondants dans la cirrhose, diminuent presque toujours parallèlement sous l'influence du régime lacté, jusqu'à ce qu'ils disparaissent, mais ils reparaissent lorsque la diète lactée est abandonnée.

GEORGES THIBIERGE.

Nouvelle méthode de détermination de la matière grasse du lait, par L. LIEBERMANN et S. SZÉKELY (*Zeitschr. f. analyt. Chemie, XXXII, p.* 168).

Après avoir montré que les méthodes de dosage de la matière grasse du lait qui sont fondées sur l'emploi de l'éther donnent toujours des chiffres trop élevés, quelquefois de 0,5 0/0, parce que l'éther enlève au lait autre chose que de la matière grasse, les auteurs proposent l'emploi du procédé suivant.

On agite, dans une éprouvette cylindrique, 50 centimètres cubes de lait avec 5 centimètres cubes de lessive de potasse de densité 1,27; puis on ajoute 50 centimètres cubes d'éther de pétrole léger, de densité 0,663, bouillant à 60 degrés. On agite fortement; on traite l'émulsion formée par 50 centimètres cubes d'alcool à 96 0/0, et on agite de nouveau. Au bout de quatre ou cinq minutes, l'éther de pétrole se sépare. Après trois ou quatre agitations nouvelles, d'un quart de minute chacune, l'épuisement est terminé. On prélève 20 centimètres cubes de la couche d'éther de pétrole, on évapore au bain-marie et on chauffe finalement pendant une heure à 110-120°. Le poids du résidu, multiplié par 5, donne la teneur en matière grasse de 100 centimètres cubes de lait.

La méthode est caractérisée par sa simplicité et la rapidité avec laquelle se fait l'opération. FERNBACH.

I. — Méthode de détermination quantitative de l'arsenic, par H. BÆCKSTRŒM (*Zeitschr. f. analyt. Chemie*, *XXXI*, *p.* 663).

II. — Méthode rapide de précipitation complète de l'arsenic à l'état de pentasulfure ; sa séparation du bismuth, du plomb, de l'antimoine et des autres métaux analogues, par F. NEHER (*Ibidem*, *XXXII*, *p.* 45).

I. — La méthode proposée par l'auteur consiste à peser l'arsenic à l'état d'*acide arsénique* As^2O^5, lequel, contrairement à l'acide arsénieux qui est volatil, résiste sans décomposition au rouge sombre. L'arsenic est précipité à l'état de sulfure, d'abord à froid, puis à la température du bain-marie. On filtre; on lave le précipité, d'abord par décantation, ensuite sur le filtre, on le fait tomber dans un vase de Bohême, on le sèche au bain-marie, et on l'oxyde en ajoutant par petites portions de l'acide nitrique fumant. Le sulfure d'arsenic qui est resté sur le filtre est dissous dans l'ammoniaque, la dissolution est évaporée à sec, et le résidu dissous dans l'acide nitrique; on ajoute la solution à la première portion mentionnée plus haut. Lorsque l'oxydation est terminée, on évapore la liqueur dans un vase de platine, d'abord au bain-marie, ensuite à feu nu, en ayant soin d'élever peu à peu la température à la fin, pour faire disparaître les dernières traces d'acide sulfurique, mais sans dépasser le rouge sombre. Après avoir pesé rapidement le résidu, qui est hygrométrique, on le dissout dans l'eau, et on contrôle avec le chlorure de baryum l'absence d'acide sulfurique.

L'auteur a fait des expériences de contrôle qui montrent l'exactitude des chiffres obtenus par cette méthode.

II. — L'auteur a reconnu que lorsqu'on fait passer un courant d'hydrogène sulfuré dans une solution d'arséniate riche en acide chlorhydrique, la précipitation du pentasulfure commence de suite et est rapidement terminée. L'observation des conditions indiquées ci-dessous permet d'arriver facilement à un dosage précis de l'arsenic.

La solution à précipiter doit renfermer au moins deux parties d'acide chlorhydrique (de densité 1,20) pour une partie d'eau; un excès d'acide ne nuit pas. Il semble qu'il se forme d'abord, en présence d'une aussi grande quantité d'acide, un chlorure d'arsenic $AsCl^5$, lequel serait transformé par l'hydrogène sulfuré en chlorosulfure $AsCl^3S$; ce sulfochlorure lui-même, avant de donner du pentasulfure, fournirait comme produit intermédiaire, sous l'influence de l'eau, l'acide sulfoxyarsénique H^3AsO^3S.

En présence de la quantité d'acide chlorhydrique indiquée plus haut, la précipitation est complète en quarante-cinq minutes ou une heure, si le courant d'hydrogène sulfuré est rapide et continu. Il est inutile et même nuisible de chauffer la solution, et comme le mélange de l'acide chlorhydrique avec la solution aqueuse d'arséniate s'échauffe, il faut avoir soin de n'ajouter l'acide chlorhydrique que peu à peu. La liqueur filtrée en séparant le précipité de pentasulfure doit avoir une forte odeur d'hydrogène sulfuré. On lave le précipité sur le filtre, d'abord à l'eau, puis à l'alcool chaud, qui entraîne des traces de soufre.

L'auteur donne de nombreux exemples qui prouvent l'exactitude de la méthode; le procédé présente l'avantage d'être rapide et de pouvoir être employé lorsqu'il s'agit de séparer l'arsenic du plomb, du bismuth, du cadmium, de l'antimoine, métaux dont les sulfures sont solubles dans l'acide chlorhydrique concentré. FERNBACH.

Sur une réaction micro-chimique du soufre ; note sur l'emploi de réactifs gazeux, et en particulier des vapeurs de brome, dans l'analyse chimique, par F. EMICH (*Zeitschr. f. anal. Chemie, XXXII, p.* 163).

La méthode recommandée par l'auteur peut rendre des services dans un grand nombre de recherches, et permet de retrouver des traces de soufre dans des composés minéraux ou organiques. On place la matière à essayer, finement divisée, sur une lame porte-objet, on la mouille avec du chlorure de calcium (solution de 5 à 25 0/0) et on l'expose à des vapeurs de brome émises par de l'eau de brome saturée. Le soufre est transformé en acide sulfurique, lequel fournit avec le chlorure de calcium des aiguilles caractéristiques de sulfate de chaux. On a pu ainsi caractériser une quantité de soufre qui ne dépassait pas un cinquante millième de milligramme.

Parmi les composés étudiés à l'aide de cette réaction, l'auteur signale un grand nombre de minéraux, ainsi que des corps organiques, comme les sulfocyanates, la sulfo-urée, les sénévols, le xanthogénate de potassium, etc. Il cite des exemples de réactions analogues produites par des réactifs gazeux; ainsi, une tache d'arsenic, traitée par la vapeur de brome, puis par une trace de sulfate de magnésie et d'ammoniaque étendue, fournit de l'arséniate ammoniaco-magnèsien; l'iodure de potassium (à la dose de $0^{gr},0001$) mis en présence d'amidon et de vapeurs d'acide nitrique, donne la coloration bleue de l'iodure d'amidon.

FERNBACH.

Beiträge zur Chemie der Exsudate und Transsudate, par A. BERNHEIM (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXXXI*, 2).

A. Bernheim a étudié les épanchements thoraciques abdominaux et les sérosités hydropiques, au point de vue de leur richesse en albuminoïdes et de leur poids spécifique.

A. Dans 28 cas d'épanchements pleurétiques, le pronostic fut d'autant plus favorable qu'ils renfermaient plus d'albumine; la diminution des substances albuminoïdes coïncidait avec une aggravation de la maladie. Il est vrai que ce résultat s'applique uniquement à un épanchement séreux et en partie aux collections purulentes, mais non aux sérosités hémorragiques.

B. Dans les épanchements qui se font dans la cavité abdominale, on remarque des différences essentielles lorsqu'on a affaire à un processus inflammatoire ou non inflammatoire.

Dans l'ascite consécutive à la maladie de Bright, l'albumine est très peu abondante; au contraire, dans les épanchements produits par une péritonite cancéreuse, on trouve beaucoup d'albumine dans la sérosité.

C. Les sérosités hydropiques à la suite de maladies de cœur ou de

néphrite contiennent généralement peu d'albumine (1 pour cent tout au plus).

Le liquide qu'on obtient en ponctionnant les membres œdématiés est plus riche en albumine quand il s'agit du membre supérieur que lorsqu'on examine celui du membre inférieur.

Le poids spécifique du liquide épanché (transsudats) est en général en rapport direct avec la richesse en albumine. Mais dans les exsudats, en particulier, on observe des cas où le poids spécifique de la sérosité est peu en rapport avec la quantité d'albumine qu'elle contient.

ÉD. RETTERER.

Une nouvelle réaction de la cocaïne, par A. KUBORNE (*Pharm. Centralhalle et Zeitschr. f. anal. Chemie, XXXI, p.* 729).

On évapore la cocaïne à sec avec quelques gouttes d'acide nitrique de densité 1,4; après refroidissement, on ajoute 1 goutte de potasse alcoolique, ou mieux de potasse dissoute dans l'alcool amylique. Il ne se produit pas de coloration (différence avec l'atropine), mais, en chauffant au bain-marie, on obtient une coloration violette intense. FERNBACH.

Du diagnostic de la nature tuberculeuse des suppurations, par DEBRAYE et LEGRAIN (*Rev. méd. de l'Est, n°* 20, *p.* 626, 1892).

Le pus des abcès chauds (staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, actinomyces, etc.) donne la réaction des peptones, c'est-à-dire donne une coloration rose quand, à quelques gouttes de ce pus diluées dans un peu d'eau distillée et additionnées d'un fragment de potasse ou de soude, on ajoute quelques gouttes d'une solution incolore de sulfate de cuivre. Le pus des abcès froids, ne contenant que le bacille tuberculeux et n'ayant jamais été contaminé par des microbes pyogènes vulgaires, donne dans les mêmes conditions la réaction violette des albumines. LEFLAIVE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ueber die Gewebsveraenderungen bei der Entzuendung und ihre biologische Bedeutung, par GRAWITZ (*Berlin. klin. Wochens., n°* 28, *p.* 707, 11 *juillet* 1892).

Suite du travail sur la structure du tissu conjonctif et son rôle dans les phénomènes inflammatoires (*R. S. M.*, XLI, 72). Pour Grawitz, l'inflammation n'est qu'un anneau de la chaîne des troubles de la nutrition.

En ce qui concerne les membranes séreuses, il a trouvé que les dépôts fibrineux regardés comme des exsudats sont le résultat d'un gonflement

des faisceaux du tissu conjonctif de la plèvre, du péritoine et du péricarde; par suite de ce gonflement, les fibres ou bien sont transformées directement en fibrine, ou bien deviennent, au préalable, celluleuses; tantôt c'est la transformation fibrineuse qui prédomine, tantôt la celluleuse; dans ce dernier cas survient une fonte purulente.

Même dans les processus régressifs, tels que ceux du cancer, l'infiltration de petites cellules, au lieu d'être le produit d'une prolifération active des cellules fixes des tissus, est une désorganisation des fibres jusque-là sans noyau, un retour à leur état celluleux, en quelque sorte embryonnaire, suivi de destruction des cellules ou de leur métamorphose en stroma cancéreux.

Les mêmes phénomènes s'observent sur les cartilages et les os. Pour les cartilages, Tenderich a montré, dans sa thèse, que la substance fondamentale n'est pas un produit de sécrétion des cellules, mais qu'elle résulte, ainsi que l'avait dit Spina, d'une transformation des cellules elles-mêmes. Quand, plus tard, on voit de nouveau provenir de la substance fondamentale des noyaux et des cellules, il ne faut pas croire que ces nouvelles cellules soient identiques de formes et de dimensions à celles qui, dans la formation embryonnaire, ont fourni la substance fondamentale. Grawitz admet qu'il n'est resté que des molécules des substances nucléaire et cellulaire, et que leur arrangement peut être très différent.

Les tissus complexes, adipeux, musculaire et nerveux, ne dérivent pas de cellules isolées. Chaque cellule adipeuse et chaque fibre musculaire sont un élément composé, dérivé de la fusion de beaucoup de cellules, mais ne laissant plus, à l'apogée de son développement, reconnaître la nature cellulaire de ses parties constituantes. Dans les divers troubles nutritifs, dans l'inflammation, la formation de tumeurs, l'atrophie, ces éléments d'organisation élevée sont redécomposés en leurs éléments constituants et redeviennent celluleux comme ils l'étaient à l'époque embryonnaire, mais la forme et les dimensions des cellules sont infiniment variables : un travail lent donne lieu à de grosses cellules bien conformées, un processus violent à des formes abortives faciles à confondre avec les leucocytes multinucléés.

Donc l'observation comparative des divers tissus permet d'édicter comme loi que tous les troubles de la nutrition entraînent une régression de la substance fondamentale au stade de la phase embryonnaire.

Dans la discussion, Schuchardt déclare confirmer pour l'hygroma, l'assertion de Grawitz que les exsudats fibrineux proviennent du tissu conjonctif. J. B.

Protozoa and carcinoma, par Sheridan DELÉPINE (*Brit. med. j.*, *p.* 674, 24 *septembre* 1892).

L'auteur reprend les recherches de Ruffer, de Soudakewitch, Darier et Albarran, et compare les coccidies du foie du lapin aux cellules cancéreuses prises dans des tumeurs fraîches. Il montre que l'apparence extérieure est identique dans les deux cas, et que théoriquement les psorospermies de Darier ressemblent absolument aux coccidies des lapins; mais quand on essaie de les cultiver, les cultures sont stériles,

à l'inverse de celles que l'on observe sur les lapins, qui sont toujours fertiles. Aussi l'auteur admet que ces pseudo-coccidies ne sont qu'une apparence due à la prolifération endogène des cellules épithéliales; autour du noyau se forment des amas protoplasmiques destinés à devenir des cellules de seconde génération. La question du parasitisme de ces corps n'est donc pas encore tranchée. H. R.

Second note on parasitic protozoa in cancerous tumours, par Armand RUFFER (*Brit. med. j., p.* 993, 5 *novembre* 1892).

Dans cette nouvelle note, Ruffer décrit l'état primordial, intra-nucléaire, des parasites protozoaires qui provoquent les tumeurs cancéreuses. Il l'a vu sur des pièces provenant d'un carcinome de la mamelle, préparées dans la solution de Fol additionnée d'acide osmique à 1 0/0. On le reconnaît très bien en colorant les coupes avec de l'hématoxyline d'Ehrlich.

Les parasites se montrent d'abord dans le noyau de la cellule cancéreuse sous la forme de corpuscules durs, de teinte foncée : on en trouve 3 ou 4 par noyau cellulaire. Quand ce noyau est envahi par les parasites, il se rompt et les corpuscules se répandent dans le protoplasma de la cellule. H. R.

Influence of protozoa in certain diseased conditions, par GALLOWAY et RUFFER (*Brit. med. j., p.* 1433, 31 *décembre* 1892).

A propos d'une communication de Galloway sur les protozoaires du cancer, Ruffer complète ses recherches sur ce sujet. Avec des procédés d'examen plus perfectionnés il a réussi à voir la forme intra-nucléaire du parasite dans tous les cas qu'il a examinés. C'est d'abord un petit corps arrondi, se colorant bien par l'hématoxyline, qui approche de la périphérie du noyau cellulaire et se développe ensuite dans le protoplasma de la cellule. Le noyau, secondairement, éclate sous la poussée du développement parasitaire. Ruffer a pu voir le parasite vivant dans le suc cancéreux à l'état frais : il ressemblait à une amibe encapsulée, étendant des prolongements (pseudopodes) à la périphérie et les rétractant successivement. H. R.

A note on the parasitic protozoa lately found in cancer, par H. G. PLIMMER (*Brit. med. j., p.* 1277, 10 *décembre* 1892).

Plimmer confirme les observations de Ruffer et de Walker ; ses recherches ont porté sur 13 cas de cancers frais, et sur 53 pièces provenant de variétés de carcinome durcies dans l'alcool ou le picrocarmin. Il a trouvé manifestement les protozaires intra-cellulaires signalés par Ruffer. Ceux-ci ne sauraient être regardés comme des produits de désintégration cellulaire; ce sont très certainement des organismes vivants. On les trouve abondamment dans les parties périphériques des tumeurs en voie d'accroissement, et dans les ganglions envahis. Ils sont rares au contraire au centre des tumeurs, et dans les portions en voie de dégénération ; on ne les rencontre pas non plus dans les parties fibreuses des cancers, ni dans les cellules qui subissent le processus de la caryokinèse. Leur structure est typique : une masse protoplasmique ronde, avec

un noyau et une enveloppe capsulée, d'où partent des rayons qui vont vers le noyau.

Le meilleur moyen de les mettre en évidence est le suivant : 1° Plonger la pièce fraîche dans la solution de Foà (solution de bichromate de potasse à 5 0/0 — mêlée, à parties égales, avec une solution de perchlorure de mercure saturée dans 75 0/0 de solution de sel marin); 2° Laver à l'eau courante les pièces pendant 24 heures, puis les placer pendant 24 heures dans l'alcool à 30 0/0, puis 24 heures dans l'alcool à 60 0/0; enfin 24 heures dans l'alcool à 90 0/0, puis finalement les laver dans l'alcool absolu; 3° Colorer les coupes avec le réactif d'Ehrlich, laver à l'alcool, éclaircir avec le xylol, et mettre dans le baume de xylol. H. R.

Parasitisme intra-cellulaire des néoplasies cancéreuses, par J. SOUDAKEWITCH (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 8, *août* 1892).

L'auteur a examiné 15 cas de cancer (foie, estomac, langue, sein, etc., etc.) conservés dans le liquide de Fleming; puis dans l'alcool, ou dans une solution aqueuse de $HgCl^2$ et toujours dans l'acide osmique :

Les sporozoaires ressemblent beaucoup aux noyaux des cellules cancéreuses : même forme sphérique, mêmes variations de dimensions, même ressemblance de leur contenu : on les distingue par leur réaction vis-à-vis de l'hématoxyline (métachromatie).

Il y a des cas où, malgré de nombreuses métastases on trouve peu de sporozoaires (impossibilité de constater la présence des petites formes); ils étaient particulièrement nombreux dans un cas de mélano-carcinome. Les inclusions étaient de plusieurs types : 1° Le protoplasma cellulaire contient une vacuole à parois incolores et brillantes; à la surface interne de la paroi de cette vacuole se trouvent, de forme légèrement recourbée et à bouts pointus (feuilles, faucilles), accolés en désordre, des corps d'une coloration intense; 2° dans le cas de cancer mélanotique, en outre de ces corps falciformes colorés, existait parfois un corps central sphérique incolore; 3° petites inclusions présentant un amas le plus souvent sphérique de protoplasma incolore, à la surface duquel sont disposés 2-3-4 corps falciformes fortement colorés (formes incomplètes), etc.

La présence des parasites n'empêche ni l'hypertrophie, ni l'acte de division de la cellule cancéreuse, même lorsque les sporozoaires occupent le noyau. A côté de ces cellules hypertrophiées existent des cellules à noyau nécrosé ou à protoplasma cellulaire détruit (action de pression de la part du parasite).

La destruction des cellules amène la libération du parasite; la capsule éclate et les spores mises en liberté vont infecter les cellules voisines. A côté de cette voie de propagation en existe une autre plus importante intra-cellulaire (division d'une cellule en deux cellules-filles toutes deux infectées, ce qui explique que dans les métastases, les cellules de l'organe même) ne soient pas infectées : d'ailleurs on doit admettre aussi qu'elles y soient moins disposées.

L'auteur tend à considérer les sporozoaires comme les véritables producteurs du cancer. PAUL TISSIER.

Tumeurs malignes et maladies infectieuses, par H. SPRONCK (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n°* 10, 25 *octobre* 1892).

Il y a deux parts à faire dans l'action curative qu'exercent les maladies infectieuses sur les tumeurs malignes : l'action générale, déterminée par certains produits bactériens qui absorbés, et répandus par le sang agissent sur l'économie tout entière, et produisent des effets locaux au niveau des néoplasmes; l'action locale, provoquée par altération chimique des tissus des néoplasmes directement envahis par l'agent pathogène.

Entre autres bactéries pathogènes, l'auteur a choisi le streptocoque de l'érysipèle : il s'est servi des liquides de culture stérilisés par filtration sur porcelaine, additionnés des protéines de cadavres de streptocoque.

Il essaya d'abord ce liquide chez des chiens atteints de tumeurs de nature diverse, (injection sous-cutanée) : 5 fois sur 7 il se produisit au niveau des tumeurs un effet plus ou moins manifeste : les tumeurs prirent une teinte d'un rouge bleuâtre, devinrent plus chaudes et, dans 2 cas, sensibles au toucher; à ces symptômes succédèrent, tout en continuant les injections sous-cutanées, et avec une rapidité étonnante, un commencement de ramollissement et de nécrose des néoplasmes (dégénérescence graisseuse, îlots de nécrose, infiltration de leucocytes polynucléaires du sang).

Il l'employa ensuite chez l'homme : 25 cas de tumeurs malignes inopérables : 8 carcinomes du sein, 1 de la glande parotide, 7 de la langue ou de la bouche, 3 de la peau.

Injections sous-cutanées pratiquées à la fesse ou à la région lombaire, à doses d'abord très faibles, puis croissantes.

Les effets furent généraux et locaux : généraux, très analogues à ceux de la tuberculine, variables suivant les sujets : frissons, hyperthermie, (jamais plus de 39°5) disparaissant au bout de 24 heures : locaux, rougeur, gonflement douloureux. Indépendance des deux réactions.

Quatre éventualités : évolution progressive des tumeurs non modifiées; augmentation ralentie; arrêt complet de croissance; diminution de volume.

La résorption absolue de toutes les tumeurs ne fut jamais observée : de plus la décroissance ne fut que temporaire : au bout d'un certain temps elles reprennent leur évolution (accoutumance). En général, aucun effet favorable dans le carcinome; action surtout nette dans le sarcome. Aucun trouble général.

L'examen histologique fait avant et après les injections (mélanosarcome de la peau) a montré la disparition par place des cellules sarcomateuses : squelette fibrillaire à larges mailles renfermant du pigment et peu de leucotytes.

Bien que peu encourageantes, ces expériences mériteraient d'être reprises dans de meilleures conditions (cancers viscéraux au début).

PAUL TISSIER.

Die protozœnartigen Gebilde des Carcinoms und der Pagetschen Krankheit, par **L. TÖRÖK** (*Monatsh. f. prak. Dermatol.*, *XVI*, *n°* 5).

L'auteur maintient que les productions décrites comme des protozoaires dans le cancer et la maladie de Paget ne sont autres que des inclusions cellulaires ou des produits de dégénérescence. H. H.

Remarques sur les carcinomes et les coccidies, par **Elias METCHNIKOFF** (*Rev. gén. des sc. pures et appliquées*, 1892).

On sait que Cohnheim admet, pour la genèse des cancers, un foyer primitif provenant de germes embryonnaires susceptibles de rester latents pendant des années : il rejette la théorie parasitaire.

Celle-ci, pourtant, gagne chaque jour du terrain. Les lapins sont, comme on le sait, sujets à une maladie, la coccidiose, caractérisée par la présence de nodules caséeux qui renferment des corps ovales ressemblant à des œufs d'entozoaires. Ce sont des coccidies, évidemment infectieuses, mais non contagieuses : un lapin sain peut avaler des fragments de foie farcis de coccidies sans s'infecter. Les coccidies peuvent former de vraies tumeurs malignes sans pour cela être contagieuses.

La coccidiose des lapins peut avoir son analogue dans l'espèce humaine. Laveran l'a prouvé pour la malaria : le microbe de cette maladie est un parasite intra-cellulaire, qui, au lieu de vivre dans l'épithélium du foie ou de l'intestin, habite les globules du sang.

La carcinose est probablement une maladie du même ordre, affectant les épithéliums. Ce n'est certainement pas une affection bactérienne. Darier, le premier, a trouvé des sporozoaires dans la maladie de Paget : depuis, pareille découverte a été signalée par Albarran, Wickham, Sjöbring, etc., et surtout par Soudakewitch, et par Ruffer et Walker, en Angleterre.

Il est incontestable que dans nombre de cas de carcinomes, on trouve logés dans le protoplasma des cellules cancéreuses, des parasites ayant la structure de cellules véritables et ne pouvant pas être considérées comme des résidus de dégénérescence protoplasmique. Ces parasites très analogues aux coccidies, sont ordinairement monocellulaires ; ils peuvent être pluri-cellulaires. Comme les coccidies, ils déterminent des proliférations épithéliales absolument identiques (adéno-carcinome). Enfin, Podwyssotski et Soudakewitch ont signalé récemment la présence, dans les cellules cancéreuses, de corps falciformes analogues à ceux qui, d'après Pfeiffer, seraient la première phase de développement des coccidies. Il y a donc là une série de présomptions en faveur de l'origine parasitaire du cancer. H. R.

Ueber celluläre Vorgänge in Geschwülsten (Sur les processus cellulaires dans les tumeurs), par **Vitalis MÜLLER** (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXX*, 3).

Vitalis Müller a étudié nombre de tumeurs au point de vue de l'asymétrie de la division cellulaire. Les carcinomes présentent des exemples de division cellulaire qui sont atypiques et qui se rapportent à la métaphase, c'est-à-dire que le passage du stade monaster au diaster se fait d'une façon anormale.

Plusieurs groupes de chromosomes s'avancent, par exemple, vers l'un des pôles de la cellule, tandis que l'autre pôle en reste dépourvu D'autres fois, l'un des pôles ne présente que quelques rares chromosomes, tandis que l'autre montre un gros amas de corpuscules chromatiques. D'autres fois encore, il persiste quelques chromosomes à l'équateur, alors que la masse nucléaire s'est déjà avancée aux deux pôles.

Ce mode de distribution inégale des chromosomes peut aboutir à l'asymétrie.

Autre fait à noter dans le stade du peloton : à l'état ordinaire, le noyau se compose de fils ayant une épaisseur égale partout ; mais dans le carcinome, on trouve des épaisissements sur les segments chromatiques.

Quant à la *division directe* et à la *fragmentation* des cellules, V. Müller en a trouvé beaucoup d'exemples dans les tumeurs, surtout dans certaines portions de ces tumeurs dont toutes les cellules offraient les caractères de la dégénération hydropique. Dans la partie de la tumeur où les exemples de fragmentation étaient abondants, les cellules hydropiques se distinguaient parfaitement des cellules non dégénérées. Ces cellules hydropiques étaient surtout remarquables par la *richesse chromatique du noyau.*

Dans le protoplasma de ces cellules dégénérées, on trouve des noyaux de taille variable entourés d'une zone claire et provenant manifestement de la masse nucléaire commune. Bien que beaucoup d'auteurs aient regardé ces images comme des parasites inclus dans une cellule, il est infiniment probable, d'après les faits sus-mentionnés, qu'elles ne figurent qu'un stade évolutif et un accident de la cellule hydropique.

ÉD. RETTERER.

Beiträge zur Kenntniss der Metastasenbildung maligner Tumoren, par Max MULLER (*Inaug.-Diss.*, *Berne*, 1892).

Les matériaux ont été pris dans les protocolles d'autopsie de l'Institut pathologique de Berne de 1856 à 1891. Ils comprennent 623 cas de tumeurs malignes dont 521 cancers et 102 sarcomes (y compris les lymphosarcomes et les mélanosarcomes. Les premiers donnent 47,2 0/0 de métastases, les seconds 63,7 0/0. Il faut relever parmi les chiffres la métastase viscérale la plus fréquente et la fréquence de la métastase ganglionnaire pour les deux grands types. L'auteur trouve pour le carcinome 28,2 0/0 fois des métastases dans le foie et 50,2 dans les ganglions ; le poumon et les plèvres viennent ensuite avec respectivement 12,2 et 10,5 0/0 et le péritoine avec 24 0/0. Pour le sarcome le foie n'est frappé que 11,7 0/0 fois et le poumon 32,9 0/0, les ganglions 29,4 0/0. Il croit donc pouvoir conclure de ces faits que les deux genres de tumeurs malignes font leurs métastases par la voie sanguine ; mais que le carcinome la fait individuellement, après avoir infecté la voie lympathique, tandis que le sarcome le fait directement en infectant les vaisseaux. Aussi le sarcome est-il plus malin que le carcinome, comme le prouve la fréquence plus grande de ses métastases.

C. LUZET.

Carcinoma of the mamma, par Harold STILES (*Brit. med. j.*, *p.* 673, 24 *septembre* 1892).

Mémoire basé sur l'examen histologique d'une centaine de cas de cancer du sein. En voici les conclusions :

90 fois sur 100, le cancer affecte la forme d'une tumeur unique, bien définie, non encapsulée, douée de propriétés envahissantes.

La structure initiale est une agglomération de cellules épithéliales modifiées, situées dans les espaces lymphatiques du tissu conjonctif. Ces cellules épithéliales diffèrent absolument de l'épithélium normal et méritent le nom de cellules cancéreuses. Leur noyau est deux ou trois fois plus volumineux, la chromatine y est moins abondante ; l'apparence du noyau est vésiculaire. Elles renferment souvent un ou deux leucocytes dans leur intérieur.

L'affection procède par foyers successifs, propagés par voie lymphatique. Les lobules mammaires envahis sont d'abord le siège d'une réaction inflammatoire aiguë ou chronique, caractérisée par une diapédèse leucocytique et une néoformation conjonctive. H. R.

Ueber Ochronose, par David HANSEMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 27, *p.* 660, 4 *juillet* 1892).

En 1866, Virchow a décrit sous le nom d'ochronose une coloration noirâtre, spéciale, des cartilages et des tissus analogues, qui se rencontrait sur la totalité des cartilages, sur les tendons et sur la tunique interne de l'aorte, toujours et uniquement en des points qui offraient des altérations morbides, Dans le cas de Virchow, il s'agissait d'un homme de 67 ans, ayant succombé à un anévrisme aortique. Cette observation resta isolée jusqu'à l'an dernier où Bostrœm en publia une deuxième, concernant une femme de 44 ans morte de hernie ombilicale étranglée. Il existait une pigmentation diffuse des cartilages hyalins, et des granulations pigmentaires dans les cartilages fibreux, les tendons, l'aorte et les ganglions lymphatiques, exclusivement aux endroits où coexistaient d'autres lésions.

Hansemann vient d'observer un troisième fait de ce genre. Homme de 41 ans, sujet depuis 18 ans à des hémoptysies. Depuis quelques mois, affaiblissement croissant, toux et expectoration.

État à l'entrée. — Orthopnée, anasarque généralisée. La peau n'offre ni pigmentation, ni hémorragies, ni éruption, ni ictère. Type respiratoire de Cheyne-Stokes. Pleurésie séreuse de la base droite. Ascite. Urines noirâtres au moment de l'émission et devenant plus foncées encore par le repos ; elles contiennent de l'albumine (9 0/00), d'abondants cylindres hyalins et un sédiment très considérable. Mort 4 jours après l'admission.

Autopsie. — Dilatation et hypertrophie du cœur avec intégrité des valvules. Œdème des poumons. Abondance de pigments dans les ganglions bronchiques. Poumons remarquablement pauvres en pigment. La cavité pleurale droite est distendue par des coagulations fibrineuses et un exsudat qui ne se fonce pas par le repos. Un peu d'œdème cérébral sans trace de pigmentation. Rate indurée. Rein droit transformé en grande partie en tissu cicatriciel, rein gauche très volumineux. Foie un

peu augmenté de volume. La vésicule biliaire contient plusieurs centaines de petits calculs de cholestérine et des graviers, non pigmentés. Aucune pigmentation des ganglions et lymphatiques abdominaux. Vessie renfermant une urine foncée qui noircit par le repos. De tous les vaisseaux, seule l'aorte offre par places de très légers épaississements de sa tunique interne.

Les cartilages des côtes, de la symphyse, de l'articulation sterno-claviculaire, des diverses pièces du sternum ainsi que les disques intervertébraux paraissent avoir été plongés dans de l'encre. La teinte noirâtre est plus intense au voisinage de l'os ou du périchondre, fait déjà signalé par Virchow et par Bostrœm. Pour les cartilages trachéaux, la coloration anormale n'apparaît qu'au bout de quelques heures et seulement dans les parties centrales. A la coupe, les tendons sont striés de noir et de gris fumeux. L'aorte contient aussi du pigment ; à la partie inférieure, sa face interne est d'un gris intense ; l'aorte ascendante et les valves mitrales présentent quelques taches d'un gris noirâtre. Les reins enfin, renferment plusieurs points noirs, gros comme des têtes d'épingles. Pas trace de pigment, en revanche, ni dans la rate, ni dans le foie, ni dans le liquide articulaire.

Le microscope, comme dans le cas de Bostrœm, révèle 2 modalités de pigment; la diffuse et la granulée. Le pigment diffus occupe les cartilages hyalins et fibreux, ainsi que les tendons; le granuleux les autres parties. Dans les reins, le pigment ne se trouve que dans le tissu cicatriciel. Les cartilages articulaires et trachéaux, les tendons et les valves mitrales n'offrent aucune altération morbide.

Le pigment résiste parfaitement aux acides et ne se dissout qu'à chaud dans la soude caustique ; il ne montre pas la réaction du fer.

L'examen spectroscopique de l'urine ne révèle rien de particulier ; de même celui du sang. Impossible de déceler du mélanogène dans l'urine. Impossible aussi d'isoler la matière colorante noire.

En définitive, le fait de Hansemann offre deux particularités qui manquent dans ceux de Virchow et de Bostrœm. Les urines noires, (depuis 18 ans) et la présence du pigment dans des tissus non altérés. (*R. S. M.*, XII, 81.) J. B.

Ein Beitrag zur Lehre von der pathologishen Fibringerinnung (Contribution à la connaissance de la coagulation pathologique de la fibrine), par HAUSER (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *L*, *p.* 363, 1892).

La coloration de la fibrine par la méthode de Weigert, du tissu cellulaire du cou, dans un cas de diphtérie, a donné à Hauser des figures très instructives. La fibrine dessine un fin réseau avec points nodaux qui sont occupés chacun par un globule blanc. Autour d'eux la fibrine très serrée s'étale en rayonnant dans toutes les directions. Presque invariablement la cellule enfermée au centre de ces points nodaux présente les signes de nécrose. Le protoplasma est vitreux, le noyau à peine colorable ou bien sa chromatine s'est réunie en globules. Dans les vaisseaux trombosés on peut voir également cette disposition radiaire de la fibrine à partir de leucocytes accolés aux parois du vaisseau. Ces figures viennent à l'appui de la théorie d'Al. Schmidt sur le rôle des

globules blancs dans la formation de la fibrine ; mais elles démontrent également qu'il n'y a pas destruction complète des globules comme le croyait Schmidt, mais seulement émission d'un ferment qui provoque la précipitation de la fibrine sous une forme presque cristalline. C. LUZET.

Classification des artérites : les artérites circonscrites, par LANCEREAUX (*Bullet. méd.*, 27 *mars* 1893).

Les inflammations des artères comprennent trois types principaux : l'artérite circonscrite, l'artérite en plaques et l'artério-sclérose généralisée. Les artérites circonscrites, seules traitées dans cette leçon, sont au nombre de trois : l'artérite syphilitique, l'artérite tuberculeuse et l'artérite embolique.

L'artérite syphilitique, qui se localise de préférence aux artères cérébro-spinales, reste toujours circonscrite à quelques points de peu d'étendue. Tantôt elle détermine la dilatation, tantôt le rétrécissement et même l'oblitération du vaisseau. Son évolution est ordinairement insidieuse et ses manifestations en rapport avec les points lésés. Le traitement spécifique doit être énergique.

L'artérite tuberculeuse, relativement rare, se développe également sur les vaisseaux de petit calibre ; elle consiste dans l'infiltration des membranes artérielles par un tissu de granulation et présente plusieurs modes de terminaison : l'oblitération, la dilatation anévrismale et la rupture du vaisseau. La première est commune dans les cavernes pulmonaires ; il en est de même de la seconde, qu'on observe aussi dans le cerveau.

Comme l'artérite syphilitique son début est insidieux et son pronostic est grave.

Quant à l'artérite embolique, qui a pour siège habituel les artères pulmonaires et les artères cérébrales, elle présente beaucoup de ressemblance avec l'inflammation qui succède à la ligature d'une artère ; la terminaison par l'oblitération est la plus commune, bien qu'on ne puisse mettre en doute la terminaison par dilatation anévrismale. OZENNE.

Anomalies de l'aorte, par ODDO (*Marseille-médical*, *p.* 735, 1892).

Les anomalies de l'aorte peuvent se ranger dans les sept classes suivantes :

1° Variétés d'origine : l'aorte naît des deux ventricules par le refoulement à gauche du septum ventriculaire, laquelle déviation résulte d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire (cas le plus fréquent) ou d'un arrêt de développement primitif ;

2° Variétés de nombre : aorte cloisonnée ou double ;

3° Variétés de trajet et de rapports : transposition, déviations, communication congénitale avec l'artère pulmonaire en dehors de la persistance du canal artériel ;

4° Variétés de terminaisons : bifurcation précoce ou retardée, trifurcation, etc ;

5° Variétés de calibre ;

6° Variétés de distribution, intéressant surtout l'origine des carotides et sous-clavières ;

7° Variétélés des valvules sigmoïdes : (nombre, forme). LEFLAIVE.

Ueber Entzündung... (Inflammation et atrophie des cornes antérieures de la moelle), par V. KAHLDEN (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat.*, *XIII*, 2, *p.* 113).

Dans trois observations de paralysie infantile, Kahlden a été frappé de ce que, dans la substance grise, l'atrophie des fibres nerveuses était peu prononcée par rapport à la destruction d'un nombre considérable de cellules nerveuses, ce qui n'est pas en rapport avec ce qu'admettent la plupart des auteurs. Il en est de même dans les cas d'atrophie consécutive à une amputation, de poliomyélite antérieure aiguë, de sclérose latérale amyotrophique. La distribution de l'atrophie dans certains groupes de cellules n'est pas en faveur de l'hypothèse d'un rapport de cette lésion avec des lésions vasculaires. Les lésions du tissu interstitiel ne sont même pas assez différentes dans la poliomyélite et les altérations à la suite d'amputation, pour qu'on puisse admettre que, dans le premier cas, elles aient été la cause première de l'atrophie. On doit donc admettre que la lésion des cellules est la lésion primitive. C. LUZET.

Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Rüchenmarkes...(Altérations anatomo-pathologiques de la moelle épinière à la suite de l'abaissement rapide de la pression barométrique), par NIKIFOROFF (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat.*, *XII*, 1, *p.* 222).

Il peut arriver que des ouvriers travaillant dans les cloches à plongeur soient pris à leur sortie de troubles généraux, qui ordinairement disparaissent avec rapidité, quelquefois ces troubles peuvent amener la mort. Leyden en a fait une autopsie. Nikiforoff, dans un cas analogue, a pu examiner la moelle et constater, comme Leyden, la formation autour des vaisseaux de bulles de gaz, vraisemblablement provenant du plasma sanguin, qui écartent les éléments nerveux et les compriment. Elles occupent surtout la substance blanche. Dans la substance grise, on note un élargissement des espaces lymphatiques péri-cellulaires, avec rétraction des cellules ganglionnaires et hémorragies punctiformes, quelquefois localisées au voisinage des cellules nerveuses. C. LUZET.

Experimentelle Untersuchungen über Degeneration und Regeneration... (Recherches expérimentales sur la dégénérescence et la régénération des nerfs périphériques après blessures), par STROEBE (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat.*, *XIII*, 2, *p.* 160).

Ströbe a étudié dans le nerf de l'oreille du lapin les processus de dégénérescence et de régénération qui suivent la section et l'écrasement du nerf, en employant la double coloration des nerfs par le bleu d'aniline (colorant du cylindre-axe) et la safranine (colorant des noyaux). Au point lésé, les altérations dégénératives dues au trauma sont les mêmes dans les deux bouts central et périphérique. Les dégénérescences secondaires du bout périphérique commencent dès la fin du premier jour et commencent par la myéline, et sont également prononcées dans toute l'étendue du nerf au-dessous du point traumatisé; la dégénérescence semble donc commencer à la fois dans tout le bout périphérique aussitôt

après la section. Il n'y a pas de réunion par première intention des fibres sectionnées. Pour le cylindre-axe, il n'y a pas non plus de transmission progressive des lésions vers le centre ou la périphérie, mais lésions simultanées de toute son étendue.

Les phénomènes de réparation débutent le deuxième jour par des mitoses dans le tissu conjonctif épineural et dans les cellules de la gaine de Schwann. Les cellules du névrilemme se transforment en phagocytes qui finissent par remplir, à la quatrième semaine, les gaines lymphatiques des vaisseaux, comme dans un foyer de dégénérescence du cerveau. Ces mitoses apparaissent simultanément et avec la même abondance dans tous les points du bout périphérique. La réparation nerveuse proprement dite se fait aux dépens des cylindres-axe du bout central et débute vers le sixième ou septième jour sous forme de fibres nerveuses très délicates et minces, qui prolongent les cylindres-axes du bout central vers la périphérie. Dès le début, ces fibrilles sont entourées d'une gaine de myéline très mince, mais continue et bien nette. Cette formation nouvelle envahit progressivement le bout périphérique, sans qu'il y ait nulle part trace d'une formation discontinue de fibres nerveuses. Le bout périphérique ne joue qu'un rôle passif de support, pour les fibres jeunes. La croissance des fibres nouvelles se fait aussi bien dans l'intervalle que dans l'intérieur des anciennes gaines de Schwann du bout périphérique, suivant qu'elles les trouvent ouvertes ou non. Les gaines de Schwann des nouveaux filets nerveux se forment aux dépens de longues cellules fusiformes, qui les accompagnent dans leur trajet à travers les débris du bout périphérique et finissent par les envelopper.

C. LUZET.

Ueber das Verhalten der Kerne... (Sur la manière dont se comporte le noyau de la gaine e Schwann dans les nerfs en voie de dégénérescence), par C. HUBER (*Arch. f. mik. Anat.*, *XL*, *p.* 409-418).

Déjà deux jours après la section d'un tronc nerveux (radial ou cubital du lapin) la myéline, dans les tubes du bout périphérique, est décomposée en gros fragments. Les noyaux de la gaine de Schwann sont grossis; beaucoup paraissent plus riches en chromatine qu'à l'état normal. A ce stade on ne voit qu'un noyau dans chaque segment interannulaire. A la fin du troisième jour on constate l'existence de figures karyokinétiques, et, au quatrième jour, on peut trouver plusieurs noyaux en voie de division dans un même segment interannulaire. Il est probable que les noyaux-filles se déplacent activement pour s'écarter les uns des autres. Du sixième au dix-neuvième jour il n'est pas rare de trouver de 6 à 12 noyaux par segment. A ce moment les vestiges de myéline sont très réduits. Les leucocytes polynucléaires sont à coup sûr plus nombreux dans l'endonèvre des nerfs en voie de dégénérescence que dans celui des nerfs normaux, mais il n'en existe jamais à l'intérieur de la gaine de Schwann.

A. NICOLAS.

Ueber die durch Amputation hervorgerufenen Veraenderungen der Nerven und des Rückenmarks, par MARINESCO (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 39, *p.* 988, 26 *septembre* 1892).

Marinesco a fait l'examen du système nerveux sur trois amputés d'ancienne date.

Dans le premier cas, l'amputation (de la cuisse droite) remontait à 23 ans. Le nerf sciatique renfermait de très nombreuses fibres fines, entourées d'une couche de myéline morte. Le tissu interstitiel n'offrait que d'insignifiantes proliférations ; les cellules des ganglions spinaux semblaient intactes. Le cordon postérieur du côté amputé était atrophié, sans autre altération. Dans les régions sacrée et lombaire, la portion postéro-latérale de la corne antérieure droite était considérablement atrophiée; par places, il y avait aussi atrophie des cellules nerveuses.

Dans la région dorsale, où les deux cornes antérieures étaient semblables, il y avait diminution des cellules de la colonne de Clarke du côté droit.

Dans le renflement cervical, il y avait atrophie de la corne antérieure droite, surtout dans sa portion latérale.

Dans toute la région lombaire et à la partie inférieure de la dorsale, les racines postérieures étaient atrophiées.

Dans le deuxième cas (amputation du bras gauche) il y avait dans le renflement cervical une atrophie de la corne latérale gauche qui s'étendait jusqu'à la partie supérieure de la région dorsale ; en outre, une diminution du nombre des cellules de la colonne de Clarke, et une atrophie du cordon postérieur gauche limitée au cordon de Burdach.

Dans le troisième cas (amputation de cuisse) il existait des lésions identiques à celles du premier cas mais moins marquées. J. B.

Untersuchungen ueber das Verhalten... (Recherches sur l'état des ganglions spinaux dans le tabes dorsalis, par R. WOLLENBERG (*Archiv für Psychiatrie*, *XXIV*, 2, *p.* 313).

Les recherches faites par l'auteur ont porté sur 14 cas de tabes dorsalis. Elles l'ont amené à conclure que dans cette maladie, tous les éléments des ganglions spinaux sont altérés. Toutefois les altérations des cellules ganglionnaires ont été trouvées minimes comparativement à celles qui intéressaient les fibres nerveuses et le tissu interstitiel.

Ces altérations des ganglions spinaux se continuaient directement avec les altérations de la moelle. Elles ne sauraient cependant, d'après l'auteur, être considérées comme l'expression d'une dégénérescence secondaire. Elles paraissent plutôt être la conséquence d'une périnévrite, développée au voisinage du processus spinal. E. RICKLIN.

Note sur les lésions des nerfs dans le tétanos, par ACHARD (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 6).

Dans quatre cas de tétanos, il existait des lésions de névrite périphérique occupant généralement le territoire traumatique et le siège des contractures, mais pouvant aussi être constatées dans des régions plus ou moins éloignées. Il s'agit d'une névrite parenchymateuse offrant tous les caractères de la dégénération descendante. Il est probable que cette névrite se rattache au traumatisme de la même façon que les contractures tétaniques elles-mêmes. L'irritation venue de la périphérie et transmise aux éléments centraux y produirait surtout l'excitation spasmogène et

très accessoirement la perte du pouvoir trophique. Ce mécanisme de la névrite périphérique serait le même que dans les faits d'amyotrophie d'origine articulaire. GIRODE.

I. — Contribution à l'étude du névrome plexiforme, par ARNOZAN (*Assoc. française, Congrès de Pau* 1892, *et Mercredi médical*, 28 *septembre* 1892).

II. — Contribution à l'étude des névromes plexiformes, par MESLET (*Thèse de Bordeaux*, 1892).

I et II. — Dans la variété de névrome dit pachydermatocèle, il existe aux points de croisement des cordons nerveux de véritables ganglions nerveux de formation pathologique. Ces ganglions, du volume d'un pois à celui d'une olive, sont constitués par un stroma fibreux renfermant de grandes cellules. Celles-ci logées une à une dans des capsules revêtues sur leur paroi interne d'une couche d'endothélium, ont tous les caractères des grandes cellules nerveuses. A part le volume et la présence de vaisseaux embryonnaires, ces ganglions pathologiques ont tout à fait la structure des ganglions intervertébraux. La constatation de ces nodosités, pendant la vie, à la base d'une tumeur, dans une région où il n'y a pas normalement de ganglions lymphatiques, peut servir au diagnostic clinique de névrome plexiforme.

Cette étude histologique a été faite à l'occasion de deux cas de névromes plexiformes observés dans les circonstances suivantes.

Dans l'un il s'agissait d'une femme de 36 ans, dont les volumineuses tumeurs avaient été assez pesantes pour entraîner la luxation spontanée des vertèbres cervicales supérieures, la compression unilatérale de la moelle et des phénomènes nerveux complexes (hémianesthésie, hyperesthésie croisée, etc.)

Le second fait est celui d'une jeune fille de 15 ans, dont la tumeur siégeant à la région occipitale, fut enlevée chirurgicalement. OZENNE.

Die Centralwindüngen... (Les circonvolutions centrales considérées comme un organe central des cordons postérieurs et du trijumeau, par O. HOSEL (*Archiv für Psychiatrie, XXIV*, 2, *p.* 452).

L'auteur a fait l'examen histologique des centres nerveux d'une femme morte à l'âge de 52 ans, et qui de son vivant était idiote et épileptique. L'hémisphère gauche présentait une lacune (porencéphalie) limitée au manteau de l'hémisphère, n'intéressant ni la capsule interne ni les ganglions centraux. Par contre la perte de substance comprenait l'écorce et la substance médullaire des circonvolutions centrales postérieures ainsi que la partie qui relie ces circonvolutions au lobule paracentral. De la circonvolution centrale antérieure et de la circonvolution contiguë du lobule pariétal supérieur, une partie seulement de la substance médullaire était entamée dans une faible étendue.

Les résultats de l'examen histologique du cerveau, du bulbe et de la moelle sont exposés par l'auteur avec un grand luxe de détails. Il en résulte que le centre cortical des faisceaux de fibres qui émanent des noyaux des cordons postérieurs, pour de là traverser le ruban de Reil se trouverait situé dans les circonvolutions centrales. Les fibres de ces faisceaux sont à long trajet, qui relient les noyaux des cordons postérieurs à l'écorce des circonvolutions centrales sans interposition d'amas gris contenant des cellules ganglionnaires.

La plus grande partie des fibres émanant des noyaux des cordons posté-

rieurs et qui subissent la décussation, mais principalement celles provenant des cordons de Goll, cheminent non point dans la couche intermédiaire aux olives, ni dans le ruban de Reil, mais dans le corps restiforme pour gagner le cervelet, en s'entrecroisant.

Des fibres des cordons antéro-latéraux traversent la couche intermédiaire aux olives et le ruban de Reil pour aboutir également aux circonvolutions centrales où se trouvent leur terminaison corticale.

Entre les fibres sensitives du trijumeau d'un côté, et les circonvolutions centrales du côté opposé, il doit exister, par l'intermédiaire du ruban de Reil, une communication qui représente le trajet central de certaines fibres déterminées du trijumeau. Les circonvolutions centrales doivent donc être considérées comme un centre cortical du trijumeau.

Un autre faisceau, reconnaissable à la dégénérescence qu'il subit à la suite de la destruction de son centre cortical relie les circonvolutions centrales d'un côté à l'hémisphère opposé du cervelet (vraisemblablement au noyau denté).

En somme, d'après les constatations faites par l'auteur, les circonvolutions centrales ne devraient plus être considérées comme un centre cortical exclusivement moteur ; elles sont certainement chargées de fonctions sensitives. E. RICKLIN.

Ueber die künstliche... (Possibilité de produire artificiellement les spirales de Curschmann), par GERLACH (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *L*, *p.* 250, 1892).

Il n'est pas nécessaire, pour qu'il se produise des spirales de Curschman, que les bronches secrètent un exsudat spécial : il faut seulement un certain degré de consistance du crachat pour que ces formations prennent naissance. Elles prennent naissance par la rotation autour de leur axe de particules de mucus et les fibres centrales ne sont que l'expression optique, donnée par l'enroulement intense autour de leur axe longitudinal des particules du crachat. Comme les spirales sont formées de flocons de mucus, qui ne peuvent correspondre au volume des bronchioles qu'après que leur enroulement a amené leur diminution de volume, il faut en conclure qu'elles ne peuvent avoir été produites en ces points, mais dans les bronches grosses et moyennes. Il faut à leur production trois facteurs : 1° une quantité de mucus assez petite pour que le courant d'air puisse l'enrouler sur lui-même ; 2° une affection dyspnéique intense et 3° la perméabilité complète des voies respiratoires à partir du larynx aussi bien à l'inspiration qu'à l'aspiration. Ces trois conditions existent précisément dans l'asthme. C. LUZET.

Zur Histologie der indurirenden Pneumonie, par KOHN (*Münchener med. Woch.*, *n°* 3, *p.* 42, 17 *janvier* 1893).

Dans ce mode exceptionnel de terminaison de la pneumonie fibrineuse, que l'on appelle pneumonie fibreuse, l'on remarque dans les alvéoles des masses polypiformes néoformées, qui, dans leurs rétraction, amènent la sclérose du tissu pulmonaire. La fibrine exsudée joue un rôle dans leur production, en ce sens qu'elle sert de support aux éléments conjonctifs et de charpente temporaire aux bourgeons polypiformes. Grâce à la desquamation de l'épithélium, des pores, qui existent normalement entre les alvéoles, sont mises à nu et la production peut passer d'une alvéole à l'autre. L'origine de la néoformation a lieu dans le tissu con-

jonctif interlobulaire ou sous-pleural et par le mécanisme indiqué, elle tend à gagner progressivement tout le poumon. Elle ne se borne pas à oblitérer les alvéoles, mais gagne çà et là les capillaires de dehors en dedans, ou bien détermine leur oblitération par endartérite. La néoformation, grâce à des néo-vaisseaux, contracte à sa périphérie des adhérences avec la paroi alvéolaire. C. LUZET.

Ueber die Ursachen der Lungeninduration... (Causes de la sclérose pulmonaire, qui fait suite à la pneumonie croupale), par v. KAHLDEN (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat., XIII*, 2, *p.* 279).

Dans cinq cas d'induration pulmonaire, suite de pneumonie, Kahlden a trouvé un aspect histologique assez uniforme. Il y a une néoformation conjonctive se faisant à l'intérieur des alvéoles et aux dépens du tissu conjonctif de la paroi alvéolaire. Il existe bien çà et là une prolifération épithéliale, mais elle est toujours bien moins prononcée que les auteurs ne l'admettent généralement. La vascularisation du tissu conjonctif proliféré se fait par des vaisseaux nouveaux, qui partent des vaisseaux préexistants de la paroi alvéolaire. On ne trouve jamais dans ces cas de fibrine nouvelle, mais seulement des résidus fibrineux de la pneumonie croupale primitive. Il semble que la présence de cette fibrine, qui a servi de voie conductrice aux fibroblastes du tissu nouveau, soit une des causes véritables de l'induration pulmonaire. C. LUZET.

Observations on leucocythemia, par Robert MUIR (*The Journal of Pathology and Bacteriology, octobre* 1892).

L'auteur a observé sept cas de leucocythémie qu'il répartit en deux groupes. Dans le premier, la tuméfaction de la rate existe seule sans participation des ganglions. Il se caractérise par la présence dans le sang : 1° des cellules éosinophiles décrites par Ehrlich, analogues à celles qu'on rencontre dans la moelle osseuse; 2° de grands corpuscules à un seul noyau décrits par Hayem sous le nom de leucocytes hypertrophiés; 3° des globules blancs polynucléés ordinaires beaucoup plus nombreux qu'à l'état sain; 4° des globules rouges à noyaux qui existent habituellement dans la moelle osseuse, mais qui peuvent dans certains cas passer dans le sang. La moelle des os paraît jouer le plus grand rôle dans cette variété de la leucocythémie, appelée pour cette raison par quelques auteurs leucocythémie médullaire ou spléno-médullaire; c'est dans son intérieur que se produisent la multiplication et la division des éléments non colorés et des globules rouges à noyaux que l'on retrouve ensuite dans le sang.

Dans le second groupe de cas il existe presque toujours à côté de la mégalo-splénie une tuméfaction des ganglions. Dans le sang on trouve surtout des leucocytes à un seul noyau en grand nombre, peu de leucocytes multinucléés, de cellules éosinophiles et de globules rouges à noyau : ces derniers se rencontrent seulement quand le nombre des globules rouges est tombé à 1.500.000. Cette forme se caractérise surtout par la présence en excès dans le sang de leucocytes uninucléés. La tuméfaction des ganglions et de la rate est due seulement à l'accumulation de ces cellules dans les mailles du reticulum. Le point de départ est diffi-

cile à établir, car la tuméfaction des ganglions n'est pas constante : les noms de leucocythémie lymphatique, de lymphémie, de lymphocythémie indiquent seulement la multiplication des cellules lymphatiques sans faire préjuger que les organes lymphatiques soient primitivement atteints. P. B.

Contribution à la pathologie des cellules hépatiques, par A. LEWINE (*Arch. des sc. biol. de l'Inst. imp. de méd. de Saint-Pétersbourg, I, p.* 353, 1892).

Comme Podwyssotzky, l'auteur a constaté dans diverses maladies du foie (cirrhoses diverses, cancers, adénome, stéatose), des lésions vacuolaires du noyau de la cellule hépatique consistant en une ou trois vacuoles creusées dans le noyau, à son centre ou à sa périphérie, souvent au centre même des nucléoles, toujours sans disparition complète de la substance chromatique. Il est parfois presque impossible de différencier ces lésions vacuolaires des coccidies parasitaires intra-nucléaires.

Outre cette dégénérescence vacuolaire, Lewine a constaté, dans les mêmes maladies du foie, une autre lésion nucléaire : la substance chromatique disparaît progressivement et complètement, et le noyau se transforme en une poche liquide cinq à six fois plus grande que le noyau normal, entourée d'une membrane colorable, vestige de la substance chromatique, à la face interne de laquelle persiste quelquefois le nucléole également colorable. Dans cette cavité, près de sa membrane et du nucléole, on voit 1 à 3 corpuscules homogènes, incolores, arrondis, plus ou moins gros suivant l'hypertrophie du noyau, ne dépassant guère le quart d'un globule rouge, à contour nettement tranché et brillant. Les cellules présentant ces altérations sont généralement groupées, surtout autour des espaces portes.

Ces corpuscules ne se retrouvent que dans les cellules hépatiques ; on ne les rencontre ni dans les cellules cancéreuses, ni dans les cellules hépatiques des animaux, ni dans les noyaux des cellules hépatiques du foie normal de l'homme. Mais on les trouve dans des maladies du foie très diverses : cancers, cirrhoses, syphilis, stéatose, etc.

Il ne peut donc s'agir là que d'une lésion du noyau, ou bien d'un élément normal du noyau habituellement invisible, ou bien d'un parasite. Or Lewine pense qu'il s'agit bien d'un processus pathologique spécial qu'il dénomme hydropisie parasitaire du noyau cellulaire, n'ayant aucune relation avec les parasites intranucléaires décrits par Podwyssotzky, Steinhaus, Heidenhain. MOSNY.

Altérations du foie dans le choléra, par N. KUSKOFF (*Bolnitchnaia Gazeta Botkina, n°* 40, 1892).

L'auteur dit avoir constaté sur tous les cadavres des cholériques, des cellules hépatiques dans l'intérieur des branches de la veine porte et des veines hépatiques. Ces cellules étaient libres ou agglomérées, ordinairement dégénérées, parfois saines. Le parenchyme du foie contenait toujours des extravasations sanguines et des foyers de nécrose communiquant avec les veines hépatiques par de véritables ulcérations de leurs parois.

H. R.

Zur Histologie der Choleraniere (Rein cholérique), par E. FRÆNKEL et M. SIMMONDS (*Centralbl. f. klin. Med.*, *n°* 50, *p.* 1065, 1892).

Chez les individus foudroyés en quelques heures par le choléra on trouve l'épithélium des tubuli contorti tuméfié; les cellules doublées ou triplées de volume ont leurs contours effacés, leur protoplasma granuleux et elles tendent à se liquéfier dans leur portion tournée vers l'axe du tube. Les tubuli recti paraissent sains; ils ne contiennent pas de cylindres épithéliaux; les lésions de la portion médullaire sont notablement postérieures à celles de la portion corticale et ne provoquent donc pas ces dernières, comme l'a dit Aufrecht.

La néphrite rénale est une lésion d'origine toxique et elle n'est pas la conséquence d'un simple trouble de circulation. LEFLAIVE.

I. — Nierenaffection bei der asiatischen Cholera (Néphrites dans le choléra), par LEYDEN (*Zeits. für klin. Medicin*, *XXII*, *p.* 1-23).

II. — Choleraniere, par LITTEN (*Ibidem*, *p.* 182-190).

I. — L'auteur a observé dans le choléra des néphrites analogues par leur origine aux autres néphrites infectieuses en différant pourtant par les lésions de nécrose de coagulation qu'elles présentent; présentant d'autre part par la rapidité de leur évolution une certaine analogie avec la néphrite d'origine puerpérale, la néphrite de l'éclampsie.

Au point de vue anatomique, dans les cas rapidement mortels parvenus à la période d'anurie, on trouve les reins petits, non tuméfiés, les glomérules petits, la lumière des canalicules étroits. C'est dans les cas à marche moins rapide que commence à apparaître une nécrose de coagulation plus ou moins étendue de l'épithélium des tubuli contorti. Dans les canalicules de la substance corticale et des pyramides on trouve des cylindres et quelques masses amorphes. Plus tard enfin existe une transsudation séreuse dans les glomérules de Malpighi. Ces néphrites quand le malade guérit, se terminent par une régénération complète de l'épithélium et une restauration fonctionnelle absolue.

II. —Litten signale aussi l'albuminurie dans le choléra, en particulier, au stade de réaction. Il la compare à l'albuminurie produite dans la ligature transitoire des artères rénales ou l'empoisonnement par la strychnine. On trouve souvent dans le rein des infarctus qui ne sont pas d'origine embolique. A.-F. PLICQUE.

Die Härte der krankhaften Concremente (La durée des concrétions pathologiques), par A. v. GENERSICH (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXI*, 2).

Les concrétions ou calculs de l'organisme présentent une consistance variable.

A. Les calculs biliaires, formés d'un mélange de cholestérine et de pigment sont plus durs que le graphite et plus mous que le gypse. Ceux qui sont composés uniquement de cholestérine ont même consisistance que les précédents, tandis que les calculs de bilirubine sont beaucoup plus durs. Les calculs biliaires, formés de carbonate de

chaux, rares chez l'homme, fréquents chez les quadrupèdes (porc), sont des concrétions remarquablement dures.

B. Les calculs urinaires, provenant de la vessie, de l'uretère, du bassinet, de l'urètre et ayant le volume d'un grain de sable à celui d'un œuf d'oie ont une consistance variable. Ceux qui sont formés d'urates ou d'acide urique sont un peu plus durs que le sel gemme. Les calculs d'urates d'ammoniaque sont un peu moins durs que les précédents.

Les calculs urinaires, composés d'oxalate de chaux rayent le calcite et presque toujours le *spath pesant*, mais sont rayés par la serpentine.

Les calculs de phosphates sont moins durs que les oxalates et même que les urates.

Les calculs formés de carbonate de chaux sont rares chez l'homme, bien que très fréquents chez les herbivores. Ceux qui sont formés de cystine sont également rares chez l'homme ; les uns et les autres sont peu durs.

C. Les concrétions intestinales, formées de phosphates de chaux et de magnésie et de parties organiques sont rayées par le calcite. Les hippolithes du cheval sont beaucoup plus durs.

Les calculs salivaires (composés de phosphate de chaux et de magnésie) sont à peu près de la même dureté que les calculs d'urate.

Les calculs pancréatiques du bœuf sont au contraire d'une dureté remarquable.

Outre l'examen d'autres calculs organiques, A. von Genersich a donné un excellent procédé général qui permet de déterminer le degré de dureté des concrétions, selon qu'il est rayé par le sel gemme, le calcite, l'aragonite, etc. ED. RETTERER.

Ueber Hyalin, insbesondere seine Beziehung zum Colloid (Sur l'hyaline et en particulier sur ses rapports avec la substance colloïde), par ERNST (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXX*, 3).

P. Ernst distingue, d'après les réactifs colorants, deux sortes d'hyaline ; l'une est un dérivé des cellules épithéliales dont elle représente un produit de sécrétion ou de dégénération. A cette première variété appartiennent la substance colloïde du corps thyroïde, maints cylindres épithéliaux colloïdes des reins, ainsi que les masses colloïdes de l'ovaire. La seconde sorte d'hyaline est fournie par le tissu conjonctif et l'appareil vasculaire ; elle est nettement fuchsinophile : à cette seconde variété appartiennent : 1° les dégénérations hyalines de la trame du corps thyroïde ; 2° les restes hyalins des follicules de l'ovaire ; 3° les glomérules altérés des reins ; 4° le réticulum hyalin des tumeurs. ÉD. RETTERER.

Ueber die Pathogenese der progressiven Muskelatrophie, par ROTH (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat.*, *XIII*, 1, *p.* 1).

L'auteur pense, étant donnée la lésion musculaire, que cette atrophie individuelle des fibres, coïncidant avec la résistance individuelle d'autres fibres, ne peut être due qu'à des conditions qui sont entièrement spéciales à certaines fibres. Cette forme ne cadre pas bien avec l'idée d'une lésion nerveuse, ni avec l'hypothèse d'une cause générale. Il faut plutôt chercher dans la vie embryonnaire la raison d'être de cette atrophie

élective, et la rapporter à des altérations particulières du karyoplasme des cellules germinatives. Ce point de vue repose sur ce fait que l'atrophie musculaire est souvent héréditaire, et comme toutes les maladies du genre, elle repose sur une anomalie du karyoplasme de Ziegler. Roth tend donc à considérer l'atrophie musculaire comme une nouvelle anomalie phylogénétique. C. LUZET.

Ueber Osteomyelitis variolosa, par CHIARI (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XIII*, 1, *p.* 13).

Dans la moelle des os des varioleux, il se fait des foyers limités de nécrose, qui sont en rapport étiologique avec la variole. C'est, en effet, une coïncidence fréquente, et ces lésions se rencontrent à tous les stades de la maladie. Il les a notés trois fois sur cinq cas au stade d'éruption, huit fois sur neuf au stade de suppuration et huit fois sur huit au stade de dessiccation. La lésion elle-même plaide en faveur de la nature varioleuse des foyers. Il s'agit, en effet, de foyers de myélite accompagnés de nécrose, fort analogues aux efflorescences cutanées de la maladie. Petits au stade d'éruption, ils grandissent et se multiplient aux autres stades. Jamais ils n'ont suppuré. Cette absence de suppuration, qui est analogue à celle de l'orchite varioleuse, est regardée par Chiari comme prouvant la nature varioleuse, et il oppose la variole interne non suppurée à la variole externe, qui suppure constamment. Ces lésions sont disséminées, mais elles atteignent la plupart des os. Il pense qu'à cette lésion correspondent cliniquement les douleurs osseuses, qui se rencontrent fréquemment dans la variole. Au point de vue bactériologique, on ne trouve pas de streptocoques dans ces foyers. C. LUZET.

I. — Contribution à l'étude des amputations congénitales du membre supérieur, par RENARD (*Revue d'orthopédie*, 1er *janvier* 1893).

II. — Contribution à l'étude des amputations congénitales, par Maurice OSMONT (*Thèse de Paris*, *n°* 275, 1892).

I. — La pathogénie de ces affections est très obscure. A côté des deux groupes classiques : malformations des membres par arrêt de développement (ectromélie), et déformations des membres par mutilation, il existe des vices de conformation mal définis, dont les caractères mixtes ne permettent pas une classification dans l'un ou l'autre des deux groupes. Renard, dans ce travail, donne deux observations d'ectromélies et une observation : amputation congénitale de l'avant-bras gauche; moignon présentant deux dépressions cicatricielles et un nodule cutané avec ongle, c'est-à-dire possédant certains caractères propres aux malformations du premier groupe (nodule cutané avec ongle, difformité unique, etc.) et en différant par la présence de deux cicatrices à l'extrémité du moignon (signe pathognomonique des amputations spontanées); d'où impossibilité de classer le cas. CART.

II. — Les amputations congénitales constituent une mutilation, qu'il faut distinguer avec soin de l'ectromélie et aussi de l'ainhum. La cause primitive de l'amputation congénitale est mécanique. C'est le plus souvent une ou plusieurs brides qui s'enroulent autour d'un ou des membres, l'enserre pendant que celui-ci, en croissant, vient en quelque sorte s'y

étrangler lui-même. Le sillon constitue le premier degré de la lésion ; il peut exister seul et ne pas continuer son évolution ; en s'accentuant, il amène l'amputation ; mais souvent aussi on doit admettre que l'amputation peut se faire sans que les brides amniotiques aient persisté ; le tissu cicatriciel qui forme le fond du sillon agissant à la manière d'un lien élastique. Parfois il peut même survenir des amputations après la naissance par action prolongée de ce sillon ; aussi doit-on, quand la vitalité du membre est compromise, avoir recours à une intervention chirurgicale qui permet, en enlevant le tissu cicatriciel, d'éviter l'amputation spontanée. F. VERCHÈRE.

Dépressions, fistules et kystes sacrococcygiens, par MALLORY (*Amer. j. of the med. sc.*, *p.* 263, *mars* 1892).

Passant généralement inaperçues, ces malformations ne sont signalées au chirurgien que lorsqu'elles subissent un changement pathologique. Le plus souvent, le malade accuse l'apparition d'un ou de plusieurs abcès de la région. A l'examen, on trouve alors une dépression médiane, à la partie supérieure du sacrum, et recouverte d'épiderme. Au fond, s'ouvrent une ou plusieurs fistules dans lesquelles on peut pénétrer de 1 à 3 centimètres, et conduisant dans une petite cavité contenant un petit peloton ou une petite touffe de poils. Cette particularité a suscité les différents noms de « cheveux nés d'une ulcération », « 3 cas de kystes pileux », « monstruosité par inclusion », « sinus pilonidal », etc.

La dépression sacro-coccygienne est la plus fréquente, surtout chez la femme ; 23 0/0 la présentent. La fistule est beaucoup moins fréquente. Le kyste dermoïde se rencontre plus souvent. L'auteur examine et critique les différentes théories que l'on a proposées pour expliquer ces trois variétés d'une même affection et croit qu'il faut avoir recours à l'embryologie pour l'expliquer. Ayant examiné 22 fœtus pour éclaircir ce point, il constate que de 3 à 6 mois les fœtus présentent très fréquemment sur le coccyx un canal tapissé d'épithélium ; dans quelques cas, en rapport avec la peau. On peut penser qu'il résulte d'un diverticule épidermique ou d'un reliquat de quelque canal. La première hypothèse a contre elle qu'on n'y rencontre ni glandes ni follicules pileux, et son siège constant. Il semble plus naturel d'admettre la non occlusion d'un canal préexistant, situé derrière le coccyx et très probablement devant son origine au canal médullaire. Il y a là une absence de soudure analogue à celle qui détermine les fistules branchiales au cou. D'après les coupes de la région chez le fœtus, le canal médullaire est occupé par l'axe spinal, puis ensuite se réduit et donne place au filum terminale... puis au-dessous le canal est oblitéré. Mais cette oblitération entre la fin du canal médullaire et la peau ; le canal médullaire dans le filum terminale montre de fréquentes irrégularités, quelquefois existant comme un canal isolé, parfois double et souvent montrant sur une coupe des masses irrégulières de cellules. La plupart des vestiges du canal médullaire s'oblitèrent, seulement les plus volumineux, et surtout ceux dans lesquels existent des glandes et des poils persistent comme dépressions, sinus et kystes de provenance intra-utérine. Il est probable

que ces kystes congénitaux sont l'origine des kystes suppurés de cette région. Dans les cas de suppuration, la structure histologique est modifiée, les parois sont détruites et du tissu de granulations dans lequel se trouvent enfermés des poils constitue les seuls éléments que l'on peut trouver.

L'auteur termine en donnant les 19 observations qui lui ont permis d'écrire son mémoire. F. VERCHÈRE.

Actinomycose généralisée par la voie sanguine, par NASSE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 1259, 5 *décembre* 1892).

Chez cet homme, les actinomycètes ont atteint une veine, l'ont ulcérée et pénétrant dans le torrent circulatoire ont donné lieu à des métastases multiples.

Il y a 6 mois qu'étaient apparues les premières manifestations de la maladie sous forme de foyers multiples dont le nombre n'avait cessé d'augmenter dès lors.

Le foyer que Nasse considère comme primitif, était placé au-dessous de l'aponévrose profonde du cou, au côté gauche du pharynx. Durant la vie, on n'avait pas reconnu de manifestations viscérales. Les urines, toujours claires, ne renfermaient ni pus ni actinomycètes.

L'abcès latéral du pharynx avait fusé le long du rachis, atteignant les plèvres des deux côtés.

Les deux poumons étaient adhérents et le gauche ulcéré à son sommet. Des veinules partant des parois de l'abcès étaient thrombosées; le thrombus se continuait jusque dans la veine jugulaire. Ce thrombus contenait des grains d'actinomycète.

Il existait des foyers secondaires de la tête aux pieds, dans la rate, les reins, etc.

J. Israel rappelle que le premier cas d'actinomycose qu'il a publié était tout à fait comparable à celui de Nasse. Le foyer pulmonaire primitif avait été le point de départ d'innombrables métastases qui s'étaient opérées par la voie sanguine. J. B.

Tuberculose du pancréas, par PALLIER (*Thèse de Paris*, 1892).

Cette affection est une véritable rareté pathologique. Elle se montre sous deux formes, cavitaire et infiltrée. Ces deux variétés sont en rapport avec le mode d'infection, par voie canaliculaire et ascendante, ou par voie sanguine et lymphatique.

A cause de l'absence de réaction propre du pancréas malade, la tuberculose de cet organe n'a jamais été qu'une trouvaille d'autopsie. On pourrait éventuellement utiliser les signes qui appartiennent à la séméiologie pancréatique moderne, en particulier le phénomène de la glycosurie pancréatique. GIRODE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

La fistule d'Eck de la veine cave inférieure et de la veine porte et ses conséquences pour l'organisme, par M. HAHN, V. MASEN, M. NENCKI et J. PAWLOW (*Arch. des sciences biol. de l'Inst. de méd. expér.*, *I*, *p.* 401, *Saint-Pétersbourg*, 1892).

Dans une première partie physiologique, Masen et Pawlow rappellent qu'en 1877, N.-V. Eck, dans le but d'élucider la question de l'intervention opératoire dans les cas d'ascite mécanique, imagina de détourner le sang de la veine porte dans la veine cave inférieure en pratiquant une ouverture artificielle entre les deux veines, et en ligaturant la veine porte près du foie. — Stolnikow, en 1882, répéta cette opération sans rien ajouter de nouveau aux faits signalés par Eck.

Les auteurs étudièrent les conséquences de l'opération d'Eck. Cette opération extrêmement délicate, dont ils décrivent minutieusement la technique, n'a laissé survivre qu'un tiers des chiens opérés; 40 autres chiens ont succombé accidentellement. Après l'opération, le caractère des chiens change : ils deviennent entêtés et méchants. On voit de plus apparaître, à intervalles variables, des crises qui s'annoncent par de l'irritation psychique, de l'oppression, de l'agitation, avec ataxie motrice, amaurose, analgésie, avec conservation de la conscience et de l'ouïe. Puis l'animal devient faible, somnolent, et la prostration et le coma qui s'ensuivent, parfois entrecoupés de convulsions, aboutissent à la mort ou à la guérison. Les crises, plus ou moins fréquentes, sont parfois subintrantes; elles peuvent n'être qu'ébauchées ou se présenter sous des formes diverses (convulsions pures). On ne les voit guère se manifester qu'au plus tôt 10 jours après l'opération.

Le chien peut succomber à la première crise, ou à l'une des suivantes, ou, si les crises sont faibles, guérir complètement.

Après l'opération survient un abaissement de la température; puis le lendemain la température s'élève d'un demi à un degré au dessus de la normale, se maintient 10 à 15 jours à ce taux, puis redescend à la normale.

Quelques animaux ont maigri progressivement; la plupart sont restés stationnaires; quelques-uns ont engraissé.

L'appétit des chiens opérés est souvent capricieux : ils ont rarement des vomissements, de la diarrhée on de la constipation, mais ils présentent un dégoût spontané et instinctif pour la viande; c'est qu'en effet ils ne peuvent en manger sans avoir immédiatement une crise.

Or, les auteurs ont pu vérifier que chez les chiens entièrement guéris l'orifice de communication des deux veines était très étroit, et que la circulation s'était en partie rétablie par le foie, à l'aide des rameaux collatéraux de la veine porte, ce qui est dû à l'augmentation de pression de cette veine porte. — Au contraire, chez les chiens qui succombaient aux crises, l'orifice de communication des 2 veines était beaucoup plus

large. Tout concorde donc à faire attribuer les crises à l'intoxication de l'animal par les produits intermédiaires de métamorphose de l'albumine en urée et acide urique que le foie ne transforme plus. En effet, l'urine des chiens opérés contient de l'acide carbamique.

Si d'autre part, on injecte dans le sang de chiens sains, des doses variées d'une solution à 5 0/0 de carbamate de sodium ou de calcium, on provoque en élevant progressivement la dose : de la somnolence avec ataxie, de l'excitation avec ataxie et amaurose, de la catalepsie avec analgésie, des convulsions cloniques épileptiformes, des convulsions toniques tétaniformes.

En outre, l'introduction de doses élevées de carbamate de soude dans l'estomac des chiens sains n'a jamais rien produit, tandis que des doses moindres provoquent chez les chiens opérés des accidents d'intoxication.

Donc, normalement, l'acide carbamique est neutralisé par le foie qui le transforme en matière inoffensive, en urée.

La combinaison de l'extirpation du foie ou bien de la ligature de l'artère hépatique, ou bien encore de la forcipressure de cette artère avec l'opération d'Eck, a donné des résultats très analogues à ceux de cette opération seule, mais les animaux n'ont survécu que quelques heures.

L'étude histologique du foie des chiens opérés a décélé de la stéatose; les reins présentaient de la tuméfaction trouble avec des cylindres hyalins dans les tubes urinifères.

En résumé, il existe de grandes analogies entre ce tableau clinique et celui de l'urémie; aussi peut-être l'acide carbamique en serait-il la cause chez l'homme.

Hahn et Nencki se sont chargés de la partie chimique de ce mémoire et ont étudié les modifications de l'urine des chiens opérés : La réaction n'est pas modifiée ; il y a de l'urobiline et de la bilirubine ; il n'y a ni acide oxybutyrique ni acide lactique. L'urée est diminuée, surtout si avec l'opération d'Eck on combine la ligature de l'artère hépatique; l'urine, dans ce dernier cas, est alcaline et contient de l'hémoglobine et de l'albumine.

La proportion d'acide urique s'accroît après l'opération pour retomber à la normale au bout de quelques jours.

La sécrétion d'ammoniaque est accrue dans les cas d'opération d'Eck avec ligature de l'artère hépatique ; la fistule seule détermine l'augmentation de l'ammoniaque dès que les animaux ressentent les premiers symptômes morbides, après avoir mangé de la viande. Cette ammoniaque s'élimine sous forme de carbamate d'ammoniaque qui est précisément le corps que la foie transforme directement en urée. Ce carbamate d'ammoniaque est apporté au foie surtout par l'artère hépatique, mais aussi par les branches de la veine porte venant de la rate, du pancréas et de la muqueuse du tube digestif. MOSNY.

Beiträg zur Kenntniss des glycogenen und hyalinen..... (Étude des transformations glycogénique et hyaline à la suite de l'extirpation du plexus cœliaque), par A. TRAMBUSTI (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, 10 *septembre* 1892).

A la suite de lésions graves du système nerveux peuvent survenir des

modifications dégénératives dans les organes qui dépendent des organes nerveux lésés. C'est ainsi que chez le chien, auquel on enlève le plexus coeliaque, on ne trouve que dans le foie et le rein des modifications dégénératives (métamorphose glycogénique et hyaline).

Ces métamorphoses du protoplasma cellulaire proviennent des troubles profonds de l'activité fonctionnelle de ces cellules. P. TISSIER.

Ueber das Verhalten des Blutgefässendothel... (Etat de l'endothélium vasculaire pendant la diapédèse des globules blancs), par ENGELMANN (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat., XIII,* 1, *p.* 64).

L'auteur prend un chien, lui injecte 12 à 20 centigrammes de morphine, rase le ventre, incise la ligne blanche et fait sortir une anse d'intestin qu'il protège par un linge mouillé et tiède. Après une heure ou une heure et demie, il tue l'animal, injecte dans l'artère correspondant à l'anse ainsi irritée du nitrate d'argent, puis de la gélatine incolore et enlève un morceau du mésentère qu'il colore. Il produit ainsi une diapédèse qu'il fixe avec l'argent et monte en préparations persistantes. On voit que beaucoup de globules blancs sont situés sur les limites endothéliales dessinées par l'argent. On voit aussi des anneaux noirs sur les plaques endothéliales, sans connexion avec les lignes intercellulaires, et des figures analogues sur ces lignes; mais ce ne sont pas des ouvertures véritables; ce sont seulement des dépôts d'argent faits autour des endroits où les globules blancs étaient adhérents à la paroi. L'auteur considère les taches visibles au niveau des lignes de séparation, comme dues à la diffluence du ciment, produite sous l'influence de la diapédèse. C'est au niveau de ces lignes que se fait la sortie des éléments figurés. C. LUZET.

De l'action de l'asphyxie sur les vaisseaux cérébraux, par A. CAVAZZANI (*Archives italiennes de biologie, XVIII,* 54, 1892, *et Archivio per le scienze mediche, n°* 12, 1892).

La difficulté est de séparer l'action de la circulation générale de l'action observée sur la circulation cérébrale. Pour tourner la difficulté, l'auteur opère d'abord par circulation artificielle de sang artérialisé et de sang veineux et il observe que le sang asphyxique dilate les vaisseaux cérébraux, par une action exercée directement snr leurs parois. En second lieu, chez des chiens curarisés, on lie toutes les artères, aorte, axillaires et carotides externes, de manière à ne conserver que les carotides internes et les vertébrales. On enregistre la pression dans l'hexagone de Willis et dans l'aorte durant la respiration et durant la dyspnée. On constate une augmentation dyspnéique de la pression, c'est-à-dire une contraction des vaisseaux cérébraux. Le même effet se produisant, que le sympathique fût intact ou coupé, l'auteur conclut que les vaisseaux du cerveau reçoivent leur innervation par d'autres voies que le vague ou le sympathique. DASTRE.

Beiträg zur Pathogenese der Verbrennung (Pathogénie des brûlures), par REISS (*Arch. für Derm. und Syph., XXV,* 1).

La plupart des accidents généraux consécutifs aux brûlures sont dus à la résorption de produits toxiques provenant sans doute de la combus-

tion des tissus et éliminées par les urines. Si l'on injecte ces urines à des cobayes on les voit rapidement tomber dans le sopor ou le coma et succomber avec des spasmes cloniques. Or, ces urines devraient leur toxicité à la présence de bases du groupe pyridine et les expériences faites avec des produits de ce groupe ont donné des résultats analogues à ceux que donnent les urines des sujets brûlés. L'auteur conclut à l'utilité de la saignée suivie de l'injection d'eau salée dans le cas de brûlure grave de manière à débarrasser autant que possible l'organisme des poisons en circulation. En même temps enlever autant que possible toutes les parties nécrosées et s'opposer ainsi à des résorptions dangereuses. F. BALZER.

Sur les modifications des leucocytes dans l'infection et dans l'immunisation, par Clémence EVÉRARD, J. DEMOOR et MASSART (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 2, 1893).

L'injection de cultures microbiennes vivantes ou mortes détermine en premier lieu l'abaissement du nombre de leucocytes circulants et surtout des leucocytes à noyau polymorphe, compact et à protoplasma granuleux. Lorsque l'animal résiste à l'infection, la période d'hypoleucocytose est suivie d'une phase pendant laquelle les leucocytes et principalement les leucocytes à noyau polymorphe compact et à protoplasma granuleux sont très abondants : puis le sang reprend ses caractères normaux. La phase typique d'hyperleucocytose fait défaut chez les individus qui succombent à l'infection : tantôt elle manque complètement (lorsque la mort survient rapidement); tantôt elle est remplacée par une série d'oscillations (lorsque la maladie infectieuse se prolonge plus longtemps). Le sang de l'individu vacciné est plus riche en leucocytes et particulièrement en leucocytes à noyau polymorphe compact et à protoplasma granuleux, que le sang de l'animal neuf.

Les diverses formes de leucocytes sont des stades évolutifs d'une même cellule : le leucocyte le plus jeune est à noyau unique, compact et à protoplasma peu abondant; puis le noyau devient vésiculeux et le volume du protoplasma augmente considérablement; enfin le leucocyte adulte, le plus capable d'exercer ses fonctions phagocytaires possède un noyau polymorphe, compact et chargé de granulations. Les leucocytes de l'animal vacciné diffèrent de ceux de l'animal neuf, non seulement par l'éducation qu'ont subie leurs facultés chimiotactiques, mais encore par la vitesse de leur développement. Les leucocytes ont une vie des plus éphémères ; les leucocytes qui interviennent pour assurer l'immunité à l'animal réfractaire ne sont pas ceux qui ont été impressionnés lors de la vaccination mais leurs descendants.

Les cellules sexuelles ne transmettent pas l'état réfractaire, il existe par contre certaines cellules somatiques qui à travers une série de générations cellulaires sexuelles conservent des caractères nouveaux que leur a fourni la vaccination, mais ces propriétés sont soumises à la loi générale de l'évolution d'après laquelle toute fonction inutile tend à disparaître; aussi pour que l'économie garde son immunité, est-il indispensable de procurer de temps en temps aux leucocytes l'occasion d'exercer leur phagocytisme exalté. PAUL TISSIER.

Moyens de défense de l'organisme contre les microbes après vaccination et dans la guérison, par SANARELLI (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 3, avril* 1893).

Les microbes peuvent se développer sans difficulté même dans le sérum des animaux vaccinés. Au lieu de s'y atténuer ils y acquièrent au contraire une virulence plus grande; le sérum des animaux vaccinés n'est pas doué d'une propriété antitoxique et n'empêche pas la formation de toxines microbiennes. Les animaux vaccinés échappent à l'infection grâce à l'efficacité du concours des leucocytes.

Le sérum des animaux vaccinés est doué de propriétés excessivement préventives; l'inoculation de ce sérum aux animaux réussit toujours à prévenir la maladie; le sérum stimule l'activité cellulaire en provoquant le concours des leucocytes dans la circulation générale et au point de l'inoculation. La destruction des microbes dans l'organisme traité par le sérum préventif s'opère toujours par les phagocytes; le refroidissement du corps paralyse l'action des phagocytes, qui ne réagissent plus à la stimulation du sérum préventif et l'organisme traité succombe inévitablement à l'infection. PAUL TISSIER.

Aperçu sur le rôle des substances toxiques dans les phénomènes de l'organisme par A. CHARRIN (*Semaine médicale, n° 52, p. 413, 1892*).

Ces substances toxiques se trouvent dans tous les viscères, les organes, les tissus et les humeurs. Elles varient à l'infini dans leurs origines comme dans leur composition chimique, leurs propriétés physiques et biologiques.

L'intoxication préside souvent à la genèse des maladies viscérales; elle se rencontre souvent à leur période ultime.

L'intoxication comme l'immunité en sont des manifestations.

Les cellules microbiennes comme les cellules de l'organisme en sont les origines. MOSNY.

I. — Ueber Beziehungen des Blutserums... (Des rapports entre le sérum sanguin des animaux et l'immunité naturelle), par BONADUCE (*Ziegler's Beiträge z. pathol. Anat., XII, 3, p. 353, 1893*).

II. — Bemerkungen über Infection, Immunität und Heilung, par KRUSE (*Ibid., p. 333*).

I. — Pour une infection donnée (charbon), le maximum et le minimum de puissance bactéricide du sérum des différents animaux est dans la plupart des cas (cobaye, lapin), mais pas toujours (chien) en rapport avec l'inégale réceptivité des animaux pour les bactéries en question. Chez un animal donné (lapin), le maximum et le minimum de réceptivité pour différentes infections est en rapport avec la valeur du sérum sanguin comme milieu de culture pour certaines bactéries (charbon, choléra des poules, choléra des porcs, farcin), mais non pour toutes (diphtérie). Ni l'échauffement à 55°, ni la diminution de l'alcalinité du sérum n'annulent constamment la puissance bactéricide de ce liquide. Le sérum du lapin conservé à 39°3, température de l'animal, en dehors du corps, perd assez vite sa puissance bactéricide pour le charbon. Le sérum de lapin

se comporte par contre à peu près de la même façon en dehors du corps que dans les vaisseaux, vis-à-vis des bactéries charbonneuses mortes. Les corps des bacilles contiennent des substances, dont les unes favorisent, les autres gênent le développement des bacilles de la même espèce. On peut donc en pratique espérer obtenir avec des bacilles morts un vaccin contre le charbon.

II. — Il existe dans tous les organismes des substances à action antibactérienne : substances défensives ou alexines. Elles sont produites régulièrement par les cellules et peuvent souvent aussi être constatées dans les humeurs. Les bactéries ne peuvent croître dans les tissus animaux, si les alexines n'ont pas été neutralisées, ce qui se fait au moyen de substances attaquantes ou lysines, produites par les bactéries pathogènes. L'action de ces dernières peut par contre être enrayée par des substances antilytiques, antylisines ou vaccins, qui sont encore des produits spécifiques bactériens.

A côté des lysines les bactéries produisent aussi des substances à action locale (substances chimiotactiques) et des substances à action générale (poisons ou toxines). Quelques bactéries pas toutes pathogènes produisent aussi des contre-poisons ou antitoxines.

La guérison naturelle des infections se fait surtout grâce à la présence des alexines, suffisantes à neutraliser les lysines. Elle peut être aidée au cours de la maladie, par la production naturelle des antilysines, et à un moindre degré par des réactions locales, qui amènent l'élimination des germes morbides.

La protection artificielle contre les infections et leur guérison artificielle a lieu par l'augmentation : 1° de la production des alexines, 2° introduction d'antiseptiques, qui aident l'action des alexines, 3° introduction de substances à action antilytique, 4° incorporation de substances à la fois antitoxiques et antilyliques. C. LUZET.

On the acquisition of immunity against infection, par Charlewood TURNER (*Brit. med. j., p.* 989, 5 *novembre* 1892).

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes : L'immunité ne doit pas être attribuée à l'acquisition de certains moyens de protection ou de défense contre les microbes infectants, mais à l'acquisition d'un haut degré de sensibilité des éléments des tissus vivants, qui réagissent contre ces microbes et leurs toxines. La phagocytose n'est qu'un phénomène secondaire : l'acte de défense est vital, et ne saurait être expliqué.

H. R.

Immunité, phagocytose et chemotaxis, par A. KANTHACK (*Brit. med. j., p.* 985, 5 *novembre* 1892).

L'auteur a reproduit les expériences de Petruschky sur la phagocytose et il arrive aux conclusions suivantes :

a) Les phagocytes ne sont pas la cause de l'immunité de la grenouille pour le charbon : celle-ci en est au contraire la conséquence. Si la grenouille est en état d'immunité, elle le doit à une substance destructive du charbon, qui circule dans ses tissus et qui existe également dans les phagocytes.

b) L'idée de la diapédèse des leucocytes est remplacée par la théorie du chémotaxis. Par ce mot on exprime le phénomène en vertu duquel les cellules du pus se développent sur place par prolifération irritative du tissu conjonctif et des leucocytes, et non pas par migration.

Les vrais globules de pus sont les leucocytes éosinophiles dérivés du sang, qui prolifèrent après leur sortie du vaisseau.

Les phagocytes n'apparaissent chez la grenouille que quatre heures après l'inoculation charbonneuse, beaucoup plus tard, par conséquent, que les leucocytes : ils proviennent du tissu conjonctif.

Chez les animaux à l'état d'immunité, l'inflammation conduit rapidement à la formation du pus, à laquelle prennent part surtout les cellules éosinophiles. H. R.

Einfluss des constanten. Stromes ueber Bakterien (Influence des courants continus sur les bactéries), par KRUGER (*Zeitsch. für klin. Medicin, XXII, p.* 191-202).

D'après Kruger, les courants continus, alors même qu'on évite par l'emploi d'électrodes impolarisables toute action chimique au niveau des pôles, peuvent entraver complètement la prolifération des bactéries sans les tuer. Si la force, la densité, la durée sont suffisantes, ces courants peuvent, si on laisse intervenir l'action chimique, tuer les bactéries et leurs spores. Plus la durée est longue, plus le courant peut être faible. Dans certaines conditions de force et de durée, le courant pourrait même agir comme dans quelques cas la chaleur et donner un liquide offrant des propriétés d'immunité. Ce dernier fait a été vérifié sur certaines cultures pures de pneunocoques et de bacilles du choléra. Parmi les bacilles tués on doit citer le bacille de la septicémie, des souris, du charbon, du tétanos, de la tuberculose. A.-F. PLICQUE.

Einfluss des Sonnenlichtes auf Mikroben, par RASPE (*Hyg. Rundsch., II,* 878, 15 *octobre* 1892).

Suivant le plus ou moins de durée de son action, la lumière solaire peut tuer les microrganismes aquatiques ou au moins gêner leur développement.

Elle peut détruire un grand nombre des microbes habitant les couches supérieures du sol, et entraver le développement d'un certain nombre d'autres.

Au bout d'une heure déjà, elle empêche la germination des spores charbonneuses dans le bouillon ou même elle les tue, tandis que même par une action plus prolongée, elle est incapable de tuer les bacilles charbonneux.

Au bout de cinq heures, elle tue sûrement, dans le bouillon, les bacilles du rouget porcin.

En revanche, elle ne réussit pas à tuer les bacilles de la fièvre typhoïde, du choléra asiatique, de Finkler et de Prior, du choléra des poules, non plus que le staphylocoque pyogène, le pneumocoque de Friedlaender, le microcoque prodigieux et le bacille violacé.

Les rayons bleus et les rayons jaunes ne font qu'entraver le développement des spores charbonneuses. Les rayons verts, violets ou rouges n'ont aucune action appréciable. J. B.

Sur la culture pure des bactéries mobiles, par R. KLUGE et G. MARPMANN (*Pharm. Centralhalle et Zeitschr. f. anal. Chemie, XXXI, p.* 111).

K. et M. ont cherché à utiliser les propriétés chimiotaxiques positives de certaines substances vis-à-vis des bactéries pour obtenir des cultures pures de ces bactéries. Par exemple, pour la recherche du bacille typhique dans l'eau, ils immergent dans cette eau pendant 6 à 12 heures des tubes capillaires de 5 centimètres fermés à un bout et renfermant du suc de pommes de terre. Le contenu des tubes est ensuite ensemencé dans la gélatine acide, qui sert à faire des plaques à la manière ordinaire. On arrive ainsi à retrouver le bacille typhique plus rapidement que par les procédés usuels. FERNBACH.

Su di alcune specie di « Streptothrix » trovate nell' aria studiate in rapporto a quelle già note e specialmente all' « Actinomyces », par Doria ROSSI (*Annali dell' Istituto d'igiene sperimentale di Roma et Hyg. Rundsch., II,* 606, 15 *juillet* 1892).

D. Rossi décrit 9 espèces différentes de streptothrix, dont 6 se rencontrent dans l'air, l'eau et le sol. Parmi les espèces aériennes, il en est 4 nouvelles : str. albido-flava, violacea, carnea et aurantiaca. Le str. violacea est le seul qui, injecté dans le péritoine de lapins, se soit montré virulent, en provoquant une pseudo-tuberculose.

Le str. nigra a été déjà trouvé dans l'air par Gasperini, l'alba par Almquist et Gasperini, également dans l'atmosphère. Le str. alba est l'espèce aérienne la plus commune (35 fois sur 94 cultures).

Le str. Eppingerii est identique avec le cladothrix astéroïdes d'Eppinger que cet auteur a signalé dans un abcès cérébral et qui chez les animaux détermine une pseudo-tuberculose (*R. S. M.*, XXXVII, 450).

D. Rossi nomme str. farcinica le bacille du farcin du bœuf de la Guadeloupe décrit par Nocard.

Il appelle str. actinomyces le champignon radié bien connu. A côté de ces 9 espèces bien décrites, viennent se ranger 2 espèces moins complètement décrites :

Le str. Foersterii, que Cohn a signalé dans les concrétions des canaux lacrymaux et auquel Toni et Trevisan ont donné le nom de Nocardia. Enfin le cladothrix de Rosenbach et de Naunyn.

Le genre streptothrix occupe une position intermédiaire entre les bactéries et les mucédinées. Il se rapproche des premières par ses faibles dimensions et sa constitution par des éléments bacillaires, d'autre part des secondes, par sa ramification véritable, sa formation de conidies dans des sporanges aériens et par l'odeur de moisissures (*R. S. M.*, XL, 467).

J. B.

Contributo allo studio dei batterii patogeni aerobi ed anaerobi che si trovano costantemente nel terreno, par SANFELICE (*Annali dell' Istituto d'Igiene sperimentale d. R. Univ. di Roma et Hyg. Rundsch., II,* 874, 15 *octobre* 1892).

Parmi les microrganismes aérobies, Sanfelice a trouvé, dans la plupart des cas, le bacille du pseudoœdème malin, décrit aussi récemment par Klein; il se rencontre non seulement dans le sol, mais aussi dans la

poussière des rues et des appartements, ainsi que dans les matières fécales des cobayes, chiens et chevaux. Les lésions qu'il provoque justifient son nom ; sous le microscope, il se différencie du bacille de l'œdème malin par sa moindre longueur et par l'absence de sporulation. Ses cultures ressemblent à celles du bacille typhoïdique, sauf qu'elles dégagent en abondance du gaz fétide. Les cultures sur milieux artificiels atténuent rapidement ses propriétés pathogènes.

Le streptocoque septique de Nicolaier et de Guarnieri a été rencontré rarement en terre ; le streptocoque septique liquéfiant de Babès, fréquemment dans les poussières d'appartements. L'un et l'autre perdent aussi promptement leur virulence. Dans l'œdème souscutané, Sanfelice a vu aussi quelquefois des streptocoques et des staphylocoques inoffensifs, le protée vulgaire, le bacille subtil, le bacille radiciforme et le microcoque prodigieux.

Vingt et une fois sur quatre-vingts, le bacille de l'œdème malin, seul ou joint au bacille du pseudoœdème, a été cause de la mort des animaux inoculés, sous la peau, avec de la terre. Mais il n'est pas douteux que le bacille de l'œdème malin existe encore plus souvent dans le sol, ainsi que le prouvent les inoculations avec des échantillons de terre ne semblant contenir que le bacille du pseudoœdème, mais qui avaient été conservés dans l'eau, soit plusieurs mois à la température ordinaire, soit quelques jours à la température de 37 degrés, soit quelques minutes seulement à la température de 70 ou 80 degrés : les animaux succombaient alors habituellement à l'œdème malin, plus rarement au tétanos. Les cultures de ce bacille offrent les caractères indiqués par Kitasato. Il est facile de l'isoler du corps animal, mais l'inoculation est une pierre de touche néanmoins indispensable, parce qu'on rencontre régulièrement dans l'œdème sous-cutané, à côté de bacilles virulents, d'autres qui ne s'en distinguent que par le moindre degré ou l'absence complète de propriétés pathogènes.

Sur quatre-vingts inoculations entreprises avec des terres de diverses provenances, le bacille tétanique n'a déterminé que cinq fois la mort des animaux. Sa présence peut être masquée non seulement par celle du bacille du pseudoœdème, mais aussi par celle du bacille de l'œdème malin vrai. Ce qui en témoigne, ce sont des échantillons de sols paraissant ne renfermer que le bacille de l'œdème malin et qui, après avoir été cultivés dix jours durant, dans du bouillon, à la température de 37°, furent filtrés. Le produit de leur filtration ayant été inoculé à hautes doses à des animaux, ceux-ci succombèrent tous au tétanos. L'existence de ces produits solubles toxiques permet d'inférer la présence du bacille de Nicolaier, car aucun des autres microrganismes isolés de la terre ne fabrique de semblables toxines.

Le bacille tétanique est tout aussi commun dans les matières fécales des cobayes. Chez les animaux morts de tétanos, il est difficile de l'isoler immédiatement, parce qu'il est clairsemé relativement aux microrganismes adultérants. D'après Sanfelice, ses cultures sur gélatine ont un tout autre aspect que celui figuré dans le photogramme de Kitasato.

Plusieurs bacilles anaérobies inoffensifs du sol ressemblent, morphologiquement et dans les cultures, aux bacilles tétaniques, mais il est possible de les en différencier sur l'agar.

Sanfelice n'a pas trouvé dans le sol le bacille du charbon symptomatique, mais un bacille semblable, inoffensif.

Des expériences sur des cultures filtrées ont montré que l'immunité à l'égard de l'œdème malin ou du charbon symptomatique peut être conférée non seulement avec les produits solubles des bacilles correspondants, mais encore avec les produits des bactéries non virulentes qui ressemblent, morphologiquement et dans les cultures, à ceux des deux bacilles pathogènes. A l'égard du bacille tétanique, Sanfelice n'a réussi par aucun procédé à conférer l'immunité. J. B.

I. — Des propriétés de la tuberculine provenant de bacilles tuberculeux cultivés sur pommes de terre, par M. C. HELMAN (*Arch. des se. biol. de l'Inst. imp. de méd. exp. de Saint-Pétersbourg, I, p.* 139, 1892).

II. — La tuberculine, sa préparation, ses effets sur l'organisme des animaux atteints de la tuberculose, par O. BUJWID (*Ibidem, I, p.* 213).

I. — Les pommes de terre cuites et coupées par moitié sont neutralisées par un séjour d'une demi-heure dans une solution de 0,5 à 1 0/0 de carbonate de soude; puis elles sont déposées dans des boîtes de Pétri et stérilisées pendant vingt minutes dans l'autoclave à 120° C. On met ces boîtes dans de grands cristallisoirs de verre où l'on dépose une feuille de papier buvard ou d'ouate imbibée d'une solution de sublimé à 1 0/00.

On sème sur ces pommes de terre des parcelles d'une culture bien développée de bacilles de la tuberculose : les bacilles y poussent en choux-fleurs très élevés mais peu étendus se détachant facilement de la pomme de terre.

On obtient de très belles cultures en arrosant la pomme de terre avec une solution de glycérine à 5 à 8 0/0 ou avec un mélange de quatre parties de sérum pour une partie de glycérine à 25 0/0.

On a ainsi des microbes purs de tout mélange avec le milieu de culture.

Helman a préparé sa tuberculine avec 30 parties en poids de bacilles pour 100 parties de glycérine étendue d'un égal volume d'eau. Il chauffe, filtre à la bougie Chamberland, évapore, et obtient un liquide jaune clair, limpide, à odeur caractéristique, et de force à peu près égale à celle de la tuberculine de Koch.

De ses expériences, Helman conclut que :

1° La tuberculine obtenue avec les cultures sur pommes de terre non arrosées de sérum, ne contient que des traces de matières albuminoïdes, mais détermine néanmoins l'effet spécifique;

2° La tuberculine obtenue avec les cultures sur pommes de terre arrosées de sérum provoque la même réaction expérimentale, mais contient une petite quantité de substances albuminoïdes.

L'action de la tuberculine semble d'autant moins dépendre des matières albuminoïdes qui y sont contenues, qu'une tuberculine qui en est absolument dépourvue produit une action très nette qui équivaut environ au tiers de l'action de la tuberculine non privée de substances albuminoïdes.

La réaction spécifique de la tuberculine paraît donc être due aux subs-

tances formées et contenues dans le corps même des microbes et non aux produits de décomposition des milieux nutritifs.

II. — Bujwid prépare ainsi sa tuberculine :

a). Il épuise à froid une culture sur gélose glycérinée ou mieux dans du bouillon glycériné par de l'eau distillée stérilisée. Il stérilise ensuite pendant 5 à 10 minutes à 100°, puis filtre sur une bougie Chamberland.

Enfin, il évapore jusqu'à consistance sirupeuse, soit au bain-marie, soit avec l'appareil de Brieger, à 40° dans le vide. Il obtient ainsi un liquide brun, sirupeux, à odeur de miel d'un goût salé, doux.

b). Bujwid a extrait le principe actif de la tuberculine en faisant digérer pendant deux mois 22 grammes de bacilles tuberculeux dans 100 centimètres cubes de glycérine à 5 0/0, filtrant, évaporant au quart du volume primitif et précipitant dans 6 fois le poids d'alcool à 95 degrés. Au bout d'un mois, il obtint dans ce liquide un dépôt blanc, pulvérulent, non albuminoïde. Cette poudre à dose de 2 milligrammes produit le même effet qu'un centigramme de tuberculine.

Dans ses expériences faites avec la tuberculine liquide, ou avec le produit sec, l'auteur a observé que les animaux, en général, réagissent à la tuberculine beaucoup plus faiblement que l'homme : le cobaye seul réagit presque comme l'homme; le chien et le lapin beaucoup moins; le veau et le singe presque pas. La réaction locale et la réaction générale marchent de pair.

Chez tous les cobayes traités, la mort a été retardée : mort en 2 1/2 à 8 mois au lieu de 6 à 9 semaines. Il y avait peu de bacilles dans les lésions tuberculeuses.

Sur 7 lapins, un seul est mort, les autres ont guéri. Les chiens inoculés avec la tuberculine ont guéri en 2 à 4 mois; les témoins se sont spontanément rétablis en 4 à 6 mois.

Chez le singe, la tuberculine n'exerce aucune action ni bonne ni mauvaise. Chez le veau, la tuberculine diminue l'abcès local.

En général, si les animaux sont dans de bonnes conditions d'hygiène; si on fait des injections à doses faibles et espacées, avec intervalles de repos, la tuberculine ralentit la marche de la tuberculose chez les animaux réceptifs ou guérit plus rapidement la lésion locale chez les animaux réfractaires. Il se peut donc qu'on obtienne des effets heureux chez l'homme, en opérant de la même façon. MOSNY.

Développement du tubercule expérimental, par KOSTENITSCH et WOLKOW (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 6).

Les actes élémentaires du processus tuberculeux et du processus inflammatoire simple provoqué par un corps étranger indifférent sont les mêmes. On peut s'en rendre compte en étudiant les deux modes réactionnels dans divers organes, le foie, le rein, et en particulier l'œil où la pauvreté en tissu conjonctif est une condition favorable pour l'examen. Le processus réactionnel commun est caractérisé par la présence de leucocytes polynucléaires, de cellules épithélioïdes, de leucocytes mononucléaires, et quelquefois de cellules géantes. La différence consiste surtout dans l'intensité et la rapidité de la réaction, et dans les actes dégénératifs secondaires. La tuberculose est donc une inflammation pro-

voquée par un corps vivant doué de propriétés irritantes spécifiques. Les actes élémentaires de la formation des tubercules sont les suivants : exsudation séro-fibrineuse, émigration de leucocytes polynucléaires abondants mais caducs, formations épithélioïdes aux dépens des tissus, émigrations de leucocytes mono-nucléaires, enfin actes dégénératifs, qui consistent dans la caséification des cellules épithélioïdes centrales. Les cellules géantes sont des formations plasmiques vraies résultant de fusions cellulaires qui s'opèrent dans les lacunes des tissus ou les canalicules (du rein), plutôt que dans les vaisseaux. Le tubercule typique de la cornée peut en présenter en l'absence de tout vaisseau. La cellule géante n'est point une forme de dégénérescence, quoique son rôle dans la phagocytose soit obscur. GIRODE.

I. — Action du bacille de la tuberculose sur les éléments figurés de notre sang, par E. MAUREL (*Midi médical*, 8 *et* 15 *janvier* 1893).

II. — Action du bacille de la tuberculose atténué par les diverses températures sur les éléments figurés de notre sang, par E. MAUREL (*Académie des sciences, Inscriptions et Belles-Lettres de Toulouse*, 23 *février* 1893).

III. — Action de la tuberculine sur les éléments figurés de notre sang, par E. MAUREL (*Midi médical*, 10 *et* 17 *septembre* 1892).

I. — Dans ses expériences, E. Maurel s'est servi du bacille de la tuberculose tel que nous le donnent les cultures sur gelose nutritive.

Les principales conclusions peuvent se résumer ainsi :

1° Le bacille de la tuberculose est absorbé par nos leucocytes : mais ceux-ci ne résistent que deux heures environ à cette absorption ;

2° Toutefois cette survie de quelques heures indique une certaine résistance de la part de ces éléments même contre ce bacille virulent ;

3° Ainsi que devaient le faire supposer les expériences sur la tuberculose, nos leucocytes vivent sans inconvénient au milieu des bacilles ; seule l'absorption de ces derniers est dangereuse pour nos leucocytes ;

4° De même que pour la tuberculine, le contact du bacille de la tuberculose n'exerce aucune influence apparente sur nos hématies.

II. — Après avoir étudié l'action de la tuberculose et du bacille de la tuberculose virulent sur les éléments figurés de notre sang, Maurel a expérimenté l'action de ce même bacille atténué par les températures de 35° à 90°, de 90° à 65°, de 44° à 43°, de 43°, et enfin de 42° à 40°.

Les conclusions sont les suivantes :

1° Le bacille de la tuberculose soumis pendant cinq minutes à la température de 90 à 95° est sans danger pour nos leucocytes.

2° Il en est de même lorsqu'on le soumet pendant une heure aux températures de 65 à 70°.

3° Les températures de 44 à 43° prolongées pendant 72 heures atténuent assez le bacille de la tuberculose pour que nos leucocytes puissent conserver toute leur activité pendant 7 heures, ce qui équivaut presque à un triomphe sur le microbe.

4° Il en est à peu près de même, quoique à un degré moindre, de la température de 43° maintenue pendant 9 jours.

5° Enfin, la température de 41 à 42°, soutenue pendant 15 heures, atténue assez le bacille de la tuberculose pour que nos leucocytes, à la

condition de leur donner le maximun d'activité par la température de 40 à 41°, puissent lutter avec avantage contre lui pendant sept heures.

Maurel fait remarquer en terminant que de l'ensemble de ces expériences, il résulte :

A. — Que dans la pratique les leucocytes de l'homme offrent une réelle résistance au bacille de la tuberculose, ainsi, du reste, que de nombreux faits cliniques l'avaient déjà démontré ;

B. — Qu'il suffit d'atténuer bien peu ce bacille, comme ces expériences le prouvent, pour que nos leucocytes en triomphent ; et que, par conséquent, ils deviennent inoffensifs pour notre organisme ;

Ces expériences conduisent à cette pensée consolante, qu'il suffira de trouver un agent capable de produire des atténuations légères du bacille de la tuberculose, pour arriver à guérir une affection qui, jusqu'à présent, fait payer le tribut le plus dur à l'humanité.

III. — Maurel a expérimenté la tuberculine aux titres de 1, 2, 10, 100 pour 1,000, et même à l'état pur et il conclut :

1° Que la tuberculine, administrée à dose thérapeutique et par le procédé ordinaire, n'exerce aucune action sensible ni sur nos leucocytes, ni sur nos hématies.

2° Que, par conséquent, si la tuberculine contient les produits de sécrétion et d'excrétion du bacille de la tuberculose, on doit en conclure que ces produits ainsi traités n'exercent aucune action apparente sur les éléments figurés de notre sang. A. C.

Beitrag zur Untersuchung auf Tuberkelbacillen, par van KETEL (*Arch. f. Hyg.*, XV, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 1020, 1er *décembre* 1892).

Van Ketel propose, pour les crachats et le lait tuberculeux, un nouveau procédé de sédimentation tout aussi sûr que ceux de Biedert (*R. S. M.*, XXX, 160) et de Dahmen et ayant sur eux le double avantage de la rapidité d'exécution et de la désinfection simultanée des crachats. Sur 3 parcelles d'un même crachat, il a décelé, dans 12 champs visuels, 11 bacilles par le procédé Biedert, 49 par celui de Dahmen et 60 par le sien.

Dans un flacon à large ouverture, d'une capacité de 100 centimètres cubes, on mélange 10 centimètres cubes d'eau et 6 centimètres cubes d'acide carbonique liquide, puis on y ajoute de 10 à 15 centimètres cubes de crachats et on agite énergiquement, durant une minute, le flacon fermé avec un bouchon de caoutchouc. Lorsqu'il s'agit de lait ou de crachats très fluides, on peut les déposer directement dans le flacon vide et agiter après y avoir adjoint 6 centimètres cubes d'acide phénique. Au mélange laiteux résultant de l'agitation, on ajoute de l'eau jusqu'au niveau du col du flacon, puis, après avoir de nouveau agité, on laisse déposer dans un verre à pied. Au bout de 12 à 24 heures, on prélève à l'aide d'un tube de verre étiré des échantillons du sédiment, qu'on fait sécher sur le couvre-objet avant de les chauffer ; puis on lave les préparations successivement dans l'éther ou le chloroforme et dans l'alcool, enfin on les colore d'après la méthode de Ziehl et de Neelsen. Comme l'acide phénique a déjà agi sur les bacilles, on peut se contenter de colorer avec la solution aqueuse de fuchsine. J. B.

Ergebnisse der Versuche mit Tuberkulin an Rindvieh, par RŒCKL, SCHUETZ, LYDTIN (*Arbeiten aus dem k. Gesundhamte, VII, et Hyg. Rundsch., II*, 890, 15 *octobre* 1892).

Résultats d'expériences entreprises par l'Office sanitaire de l'empire allemand, ainsi que par le gouvernement badois, sur la valeur de la tuberculine pour le diagnostic de la pommelière.

On a considéré comme un phénomène de réaction toute élévation de la température d'au moins un demi-degré centigrade chez les bovidés soumis aux injections; dans les trois quarts des cas, l'ascension de la température a atteint ou dépassé 1 degré.

A Berlin, des soixante-quatre bêtes soumises aux injections de tuberculine, cinquante et une ont eu la réaction; sur ce nombre, quarante-deux étaient tuberculeuses. Parmi les treize sans réaction, quatre étaient atteintes de tuberculose. Comme résultat total, 88,8 0/0 des animaux qui ont réagi aux injections étaient tuberculeux et 50 0/0 de ceux qui n'ont pas réagi n'étaient pas tuberculeux. Les quatre bêtes tuberculeuses qui n'ont pas eu de réaction présentaient, préalablement à l'injection, des températures fébriles; elles étaient donc peu propres à l'expérimentation et peuvent être laissées de côté. Des neuf bêtes qui, sans être tuberculeuses, ont offert la réaction, une était parfaitement saine, une deuxième avait des abcès pulmonaires, une troisième une mammite chronique avec leucosarcomes de la rate, une quatrième une angiocholite chronique avec tubercules calcaires dans un ganglion; les quatre dernières, des échinocoques compliqués, soit d'angiocholite chronique, soit d'abcès hépatiques. D'autres bovidés affectés exclusivement d'échinocoques n'ont pas réagi.

Dans le grand-duché de Bade, des soixante-neuf bêtes inoculées, vingt-neuf ont réagi; sur ce nombre, vingt-cinq (82,4 0/0) étaient tuberculeuses. Les quatre autres avaient une tuméfaction des ganglions intestinaux, de l'emphysème pulmonaire, des foyers de ramollissement ou des foyers calcaires dans un ganglion.

L'utilité diagnostique de la tuberculine s'est révélée non seulement sur des animaux plus ou moins suspects, mais aussi sur ceux d'apparence absolument saine.

La dose de tuberculine la plus convenable pour l'injection est de 5 dixièmes de centimètre cube.

Avec des doses inférieures, de même qu'à la deuxième injection, la réaction est plus faible.

L'âge, le sexe et le poids n'ont pas semblé exercer d'influence sur l'intensité de la réaction.

Les animaux n'ont nullement souffert de l'injection, à part une diminution de la sécrétion lactée.

Le maximum de température a été observé le plus souvent quinze heures après l'injection. J. B.

Tuberkelbacillen in den Lymphdrusen nichttuberkuloser (Bacilles tuberculeux dans les ganglions lymphatiques de sujets non tuberculeux), par L. PIZZINI (*Zeitsch. für klinische Medicin, XXI, p.* 329-343).

Les bacilles tuberculeux se rencontrent souvent dans les ganglion

lymphatiques de sujets non tuberculeux. La proportion des recherches positives est de 42 0/0. Dans quelques cas les sujets ayant servi à la recherche avaient été d'une force et d'une santé parfaite, ils étaient morts d'affections intercurrentes ou de mort violente. Ces bacilles se rencontrent presque exclusivement dans les ganglions peribronchiques. Il y a donc en quelque sorte ubiquité du bacille tuberculeux et les conditions de résistance générale ont bien plus d'importance prophylactique que les mesures prises pour éviter l'infection. A.-F. PLICQUE.

Contribution à l'étude de l'immunité acquise contre le pneumocoque, par B. ISSAEFF (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n°* 3, *mars* 1893).

Les toxines du pneumocoque de Talamon-Fraenkel provoquent une réaction plus énergique chez les lapins vaccinés contre ce microbe que contre les témoins correspondants. Le sérum du sang de lapins vaccinés contre le pneumocoque tout en ayant des propriétés thérapeutiques n'a cependant aucun pouvoir antitoxique. Ce sérum n'a pas la propriété d'atténuer la virulence du pneumocoque. Ce microbe cultivé dans le sérum de lapins vaccinés conserve la propriété de produire des toxines. Le pneumocoque inoculé à un lapin vacciné conserve ses propriétés pathogènes environ 18 heures et sa vitalité environ 48 heures après l'inoculation.

Le pneumocoque se développe dans l'organisme vacciné, produit des toxines, qui, répandues par le sang dans toute l'économie, provoquent une chimiotaxie positive des phagocytes, lesquels sont attirés vers le point infecté par les microbes. Les phagocytes, excités par les humeurs vaccinées, englobent les microbes vivants et virulents. Ces derniers conservent la vitalité encore assez longtemps, mais finissent par périr dans les phagocytes. PAUL TISSIER.

Weitere Untersuchungen über das Verhalten des serums... (Nouvelles recherches sur l'action du sérum sur les microorganismes, en particulier sur sa puissance curative dans l'infection pneumonique), par PANSINI (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XII*, 3, *p.* 372, 1893).

Dans de nombreux cas, le lapin inoculé avec le diplocoque a guéri par l'injection de sérum d'animaux immunisés. Même en tenant compte de ce fait que sur un certain nombre de témoins l'infection ne donna pas lieu à une septicémie rapide, l'auteur croit pouvoir affirmer que dans l'infection par le diplocoque, on peut obtenir la guérison par l'inoculation du sérum d'animal immunisé ; que par conséquent le sérum de ces derniers contient des substances susceptibles d'empêcher non seulement l'infection de ces animaux, mais aussi l'infection d'autres animaux auxquels on l'a injecté en quantité suffisante. Les animaux qui avaient survécu étaient devenus réfractaires à une nouvelle inoculation.

Le pouvoir curateur d'un sérum de chien ou d'homme est indépendant de sa puissance bactéricide. Le sérum humain peut pendant longtemps conserver sa puissance curative, conservé à la température de la chambre dans des tubes fermés. Dans le sérum de lapins immunisés, qui possède au plus haut point la puissance curative, l'action bactéricide est aussi très élevée.

Au point de vue de la pathologie humaine on doit admettre que dans cette espèce la disposition à l'infection pneumococcienne est faible; ce que prouve la valeur curative du sérum humain, chez un animal aussi prédisposé que le lapin à l'infection par le pneumocoque. C. LUZET.

Die Aetiologie des Keuchhustens, par Julius RITTER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 50, *p.* 1276, 12 *décembre* 1892).

Ritter a fait porter ses recherches sur le contenu des voies respiratoires, sur l'expectoration qui termine les quintes, et il a obtenu par cultures un diplocoque, qui est aérobie, ne croît ni sur la gélatine, ni sur les pommes de terre, ni sur les divers bouillons. L'agar-agar est son milieu de prédilection.

Ce microcoque, extrêmement petit, se laisse bien teindre par les couleurs basiques d'aniline; quand on emploie le traitement de Gram ou une température un peu trop élevée pour le colorer, il se ratatine tellement qu'il faut les grossissements les plus forts pour reconnaître sa forme de diplocoque. On l'aperçoit affectant les dispositions les plus diverses, en amas, en chaînes droites ou flexueuses, ou à l'état de couples isolés. Les deux éléments de chaque couple présentent un léger aplatissemeni au niveau de leur point de contact. A côté de ce diplocoque spécifique, on trouve parfois dans les moules bronchiques de coquelucheux le diplocoque de Fraenkel qui est plus gros, capsulé, constituant un couple de forme lancéolée et non ovulaire comme le diplocoque de la coqueluche, et préférant d'autres sols nourriciers que lui.

Ritter a également isolé des mucosités catarrhales des bronches un diplocoque non encore décrit, très semblable d'aspect au diplocoque coquelucheux, mais s'en différenciant dans les cultures par des colonies d'une mollesse extrême. Il y a rencontré encore le pneumocoque de Pane qui se distingue du diplocoque de la coqueluche par son aréole transparente et sa croissance sur la gélatine qu'il liquéfie et décolore. Enfin il y a vu, sans deviner son mode de pénétration, un diplocoque buccal qu'il croit identique à l'ascocoque buccal de Miller. Grâce à la forme de ses colonies et à leur consistance très dure, il ressemble au diplocoque coquelucheux, mais les coques de ses couples sont plus gros, ses colonies se développent parfaitement sur tout sol nourricier additionné de sucre de raisin et, sous un faible grossissement, elles apparaissent extrêmement foncées et assez souvent effilochées sur leurs bords.

Quant aux autres diplocoques, hôtes habituels des cavités buccale ou nasale, ils ne présentent pas la moindre ressemblance avec le diplocoque que Ritter a décelé, sans exception, dans les dix-huit cas de coqueluche qu'il a examinés, et jamais dans les bronchites simples.

Le diplocoque spécifique s'est toujours rencontré chez tous les coquelucheux dès le moment où Ritter a pu examiner leur expectoration, c'est-à-dire dès les derniers jours de la période catarrhale ou les premiers de la période convulsive. D'abord rare, il devient extrêmement abondant à l'apogée du stade spasmodique. A la période de déclin de la maladie, il est plus difficile à isoler à cause de la diminution de consistance des crachats. (*R. S. M.*, III, 238 et 651; V, 101; IX, 207; XXIII, 623; XXV, 662, et XXXIII, 59.) J. B.

Nouvelles recherches bactériologiques et expérimentales relatives à la pathogénie de la grippe (influenza), par TEISSIER, ROUX et PITTION (*Arch. de méd. exp., IV,* 4 *et* 5).

Dans dix cas de grippe, les urines ou le sang ont fourni des cultures positives d'un micro-organisme qui n'a été retrouvé dans aucune autre affection. Sa présence dans les humeurs est assez fugitive. On le retire à l'état pur de l'urine le jour de la défervescence fébrile, et du sang dans la période d'accès fébrile ou pendant la rechute. Sa forme typique est celle d'un diplobacille encapsulé; on le trouve tel dans l'urine; dans le sang, il prend souvent la forme strepto-bacillaire. Mais on passe aisément d'une forme à l'autre dans les études expérimentales ultérieures. Du reste, la morphologie est variable (nombre, calibre des éléments, etc.). Le bacille se colore bien par le Ziehl, non par le Gram. Le bouillon ensemencé se trouble uniformément sans flocons ni voile; les bacilles y sont grêles. Ils sont plus allongés sur gélose, où la culture est rapide, formant des gouttelettes allongées le long de la strie d'ensemencement. Sur pomme de terre, on n'obtient qu'un léger voile éberthiforme; mais, après deux semaines, on observe une sporulation typique. Le bacille est doué d'une vive mobilité (translation en masse et rotation).

L'inoculation aux animaux produit des effets pathogènes marquants, assez uniformes, et reproduisant quelques-uns des phénomènes de l'affection grippale. Les cultures sporifères sont particulièrement virulentes. Il se produit des symptômes nerveux et digestifs, de la congestion pulmonaire avec ecchymoses sous-pleurales, de l'atélectasie pulmonaire, de l'épanchement péricardique, des lésions rénales. La courbe thermique est très analogue et montre la dépression de la période d'invasion et la rechute.

Les effets paraissent dus surtout à la toxine des cultures qui a une action prédisposante et peut entraîner des accidents gangréneux. La diplo-bactérie vit parfaitement dans l'eau et s'y développe rapidement. A cause de sa polymorphie, elle résume peut-être les formes microbiennes variées décrites par d'autres observateurs. GIRODE.

Bacteriologischer Befund bei schweren Erkrankungen des Centralnervensystems im Verlauf von Influenza, par A. PFUHL (*Berlin. klin. Wochens.,* n° 39 *p.* 979, *et* n° 40, *p.* 1009, 26 *septembre et* 3 *octobre* 1892).

A l'autopsie de 5 soldats qui, dans le cours de la grippe, avaient été pris de phénomènes cérébromédullaires simulant la méningite cérébrospinale épidémique, Pfuhl a constaté comme lésions des centres nerveux : de la congestion du cerveau, de la moelle et de leurs enveloppes, des exsudats méningés, de l'aplatissement des circonvolutions, de l'œdème, de la dilatation des ventricules par de la sérosité, de la dilatation des capillaires avec extravasats sanguins; enfin, dans un cas, un foyer purulent dans le cervelet.

L'examen bactériologique lui a révélé, dans les 5 cas, la présence constante dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, du bacille reconnu caractéristique de la grippe, depuis les recherches de Pfeiffer (*R. S. M.*, XXXIX, 491) et de Canon (*R. S. M.*, XXXIX, 492); ce bacille donnait lieu, chez les malades de Pfuhl, à de multiples thrombus vasculaires; Pfuhl l'a également retrouvé dans le foie, la rate et les reins. Il était partout accompagné de bacilles de la putréfaction et de diplocoques de deux tailles différentes, dont le

plus petit ressemblait au diplocoque pneumonique de Fraenkel, mais s'en distinguait, à la fois par l'absence de capsule et par son innocuité pour le lapin.

Pfuhl conclut de ses nouvelles recherches que le bacille de la grippe n'est cultivable sur aucun des milieux nourriciers artificiels, usuels, y compris l'agar glycériné; donc Kitasato (*R. S. M.*, XXXIX, 491) a identifié à tort son bacille avec celui de Pfeiffer et de Canon. Le bacille de la grippe retient décidément mal les couleurs. J. B.

Vergleichende Untersuchungen über Streptokokken, par PASQUALE (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XII*, 3, *p.* 433, 1893).

La totalité de l'espèce streptocoque et de ses variétés artificielles, comprend tous les intermédiaires possibles en sorte qu'il est difficile d'y établir des groupes. Il est à peu près impossible de différencier par les cultures le streptocoque de l'érysipèle de celui de la suppuration. Les seules différences sont des questions de plus ou de moins. On obtient des critères relativement meilleurs en utilisant la possibilité de former des acides et surtout de former des pigments.

Si on les classe morphologiquement en streptocoque court et long, on trouve qu'il existe dans les deux groupes des streptocoques à action pathogène très-développée et des streptocoques purement saprophytes : en outre il existe des intermédiaires entre les deux variétés.

Quant à la possibilité de causer une infection : elle est également fort variable pour chaque variété de streptocoque et il faudrait de plus faire des expérimentations sur l'homme pour résoudre le problème.

Pasquale propose cependant la classification suivante des variétés de streptocoques :

1° Streptocoques saprophytes courts : *a*) poussant à basse température (matières fécales et milieu extérieur) ; *b*) poussant à haute température (muqueuses de la bouche et des voies respiratoires).

2° Streptocoques longs non virulents : *a*) des fèces, p. ex. streptococcus coli gracilis ; *b*) de la muqueuse buccale (Kruse et Pansini).

3° Streptocoques longs pathogènes : *a*) érysipèle, pus, pneumonie, diphtérie, scarlatine, etc. ; *b*) crachats de pneumoniques (Kruse et Pansini).

4° Streptocoques courts très infectieux : *a*) tuberculose (diplococcus pyogenes), *b*) pneumonie (diplococcus pneumoniæ). C. LUZET.

Some observations on the viability of the cholera bacillus, par DUNHAM (*The New York med. record, p.* 413, 8 *octobre* 1892).

1° Dans l'agar-agar : le bacille était encore vivant dans un tube un an six mois et dix jours après l'inoculation ; ce tube était à la température de la chambre. Dans l'étuve à 37 degrés, le germe s'est conservé trois cent dix-huit jours.

2° Dans les matières fécales : à la température de la chambre, le bacille persiste sept jours ; dans l'étuve, il disparaît après quarante-huit heures.

Dans l'urine, le bacille vit cinq jours ; dans l'urine fermentée, il est tué en vingt-quatre heures.

3° Dans l'eau de rivière : le nombre des germes décroît rapidement ; à partir du septième jour, il n'y a plus de bacilles vivants.

4° Sur les tissus : sur une flanelle, neuf jours à treize jours.

Sur une toile recouverte d'un verre, quarante-huit heures ; à l'air libre, rien après huit heures.

5° Sur les fruits, salades : variable de vingt-quatre, quarante-huit heures à trois jours (rare). P. DUFLOCQ.

Ueber antitoxische Wirksamkeit des Blutserums Cholera-Geheilter, par **A. LAZARUS** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 1071, *et n°* 44, *p.* 1110, 24 *et* 31 *octobre* 1892).

Le sérum sanguin des personnes qui viennent d'avoir le choléra manifeste des vertus antidotes d'une énergie extrême chez les cobayes auxquels on inocule ensuite le choléra dans la cavité péritonéale.

La dose la plus faible de sérum capable de prévenir la mort des animaux intoxiqués est celle d'un décimilligramme.

Aucun des cobayes chez lesquels les effets du poison cholérique s'étaient déjà traduits par le moindre abaissement de la température n'a pu être sauvé par le traitement prophylactique, alors même que la dose de sérum était deux cent mille fois supérieure à la dose efficace préventivement.

Lorsque l'injection de sérum est pratiquée avant l'apparition des premiers phénomènes d'intoxication, elle prévient seulement la mort, sans empêcher le développement des symptômes morbides. J. B.

Sur les microorganismes dans les organes des morts cholériques, par **L. DE REKOWSKI** (*Arch. des sciences biol. de l'Inst. de méd. expér. de Saint-Pétersbourg*, *I*, *p.* 517, 1892).

Chez 14 cholériques autopsiés très peu de temps après la mort, l'auteur a trouvé dans les organes les plus divers (cerveau, moelle, cœur, sang du cœur, foie, bile, rate, reins, biceps et muscle pectoral), non seulement le bacille virgule, mais encore d'autres microbes connus, en partie, comme microbes normaux de l'intestin.

La précocité de l'autopsie permet de croire qu'il ne s'agit pas là d'une pénétration post mortem de ces microbes dans la circulation générale.

L'auteur pense donc que dans le choléra les bactéries de l'intestin normal, et aussi le bacille virgule pénètrent dans les organes, pendant la vie, dès que la muqueuse est lésée, et que l'envahissement se fait par les voies lymphatiques. Il émet en outre l'opinion qu'une partie des symptômes du choléra (algidité, phénomènes réactionnels) dépendent de la pénétration dans les organes, non seulement du bacille du choléra, mais encore des autres microbes qu'il y a trouvés, le bacille virgule restant toujours l'agent primordial et spécifique de la maladie.

Enfin, il insiste sur l'action prédisposante ou favorisante qu'ont, sur l'éclosion du choléra, certaines affections aiguës ou chroniques telles que l'alcoolisme, les néphrites, les cirrhoses, la dilatation de l'estomac, l'athérome, la puerpéralité, l'avortement, la misère, etc. MOSNY.

Bericht über die bacteriologischen Untersuchungen bei den diesjährigen, Cholera-und Choleraverdächtigen Erkrankungen in Berlin, par CANON, LAZARUS et PIELICKE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 48, *p.* 1215, 28 *novembre* 1892).

Examen bactériologique de 80 cas de choléra dont 30 d'asiatique, pratiqué dans le service de Guttmann. Les bacilles spécifiques n'ont fait défaut dans aucun cas de choléra asiatique. Mais plusieurs fois, Canon, Lazarus et Pielicke ont trouvé, dans les matières intestinales, d'autres bacilles recourbés en virgules et ne se distinguant des bacilles cholériques que parce qu'ils ne se développent pas sur la gélatine.

Il n'existe aucun rapport entre le degré d'intensité d'un cas de choléra et le nombre de bacilles spécifiques contenus dans les déjections. C..., L... et P... ont bientôt renoncé à se servir du procédé de Schottelius, qui ne leur a pas donné de bons résultats. En effet, dans des cas de choléra nostras, ils ont obtenu la pellicule et la coloration rouge par addition d'acide sulfurique dilué, tandis que dans des cas de choléra asiatique, ils n'ont obtenu ni l'une ni l'autre.

4 fois, la recherche des bacilles sur les plaques de gélatine a été rendue pénible par la liquéfaction de ces plaques dès le 1er jour par un bacille offrant macroscopiquement et microscopiquement beaucoup de ressemblance avec le bacille cholérique, mais s'accroissant beaucoup plus rapidement et liquéfiant la gélatine beaucoup plus rapidement. Ce bacille est court et s'associe généralement par 2. Nos auteurs l'ont trouvé en grande quantité dans 1 cas de choléra asiatique, dans 2 de dyssenterie et dans un de choléra nostras.

Ils ont recherché dans 10 cas l'époque où le bacille en virgule pathognomonique disparaît des selles des malades et des convalescents. Il a fait défaut 1 fois dès le 5e jour, 2 fois le 7e, 1 fois le 8e, 3 fois le 9e, 1 fois le 11e et 1 fois le 13e jour. D'autre part, il a été encore constaté 5 fois le 4e jour, 1 fois le 5e, 2 fois le 6e et 2 fois le 8e jour. Donc la disparition la plus précoce du bacille de Koch a lieu le 5e jour, la plus tardive le 8e. Chez un malade, il a été retrouvé encore dans des selles moulées.

Les désinfectants administrés à l'intérieur n'ont pas paru exercer d'influence soit sur le nombre, soit sur la vitalité des bacilles. Un malade après avoir pris quatre-vingts centigrammes de calomel eut une selle vert foncé fourmillant de bacilles spécifiques vivants; de même pour un malade qui avait pris 2 grammes de créoline. Un autre malade qui avait pris, à titre préventif, durant 2 jours, 6 grammes de salol fut atteint le 3e jour du choléra et ses selles contenaient de nombreux bacilles en virgule.

En revanche, dans une garde robe rendue 5 heures après une douche rectale au tannin, on trouva beaucoup moins de bacilles que dans les selles précédentes.

C..., L... et P... concluent que si le diagnostic bactériologique du choléra asiatique à l'aide des cultures, est chose généralement aisée dans un laboratoire bien outillé, il n'en est pas de même dans les autres circonstances. J. B.

Beitraege zur Biologie des Cholerabacillus, par J. UFFELMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 48, *p.* 1209, 28 *novembre* 1892).

Uffelmann a recherché la durée de vie des bacilles cholériques dans les circonstances suivantes et notamment leur résistance à la sécheresse et aux acides organiques.

1° Dans les eaux à peu près stagnantes du port de Rostock et de l'Oberwarnow, lorsqu'elles ne sont pas exposées aux rayons solaires, les bacilles cholériques peuvent s'y maintenir vivants 1 ou 2 jours, et même jusqu'à 6 jours. Si la température de ces eaux est de 19° à 21°, durant les 15 ou 16 premières heures, ils'y effectue une multiplication des bacilles cholériques.

2° Dans le lait de vache, les bacilles cholériques peuvent rester vivants de 1 à 2 jours, alors même que pendant ce temps le lait devient fortement acide. Durant les 12 ou 16 premières heures, à la température de 18° à 22°, il y a même multiplication des bacilles dans le lait.

3° Sur le pain de seigle, à réaction acide, ils restent vivants 1 jour au moins, 3 jours quand le pain est enveloppé dans du papier et au moins une semaine quand on le garde sous une cloche de verre.

4° A la surface d'un beurre légèrement acide, ils peuvent conserver leur vitalité de 4 à 6 jours, mais moins longtemps, probablement 1 ou 2 jours seulement, à l'intérieur du même beurre.

5° Sur la viande rôtie, protégée contre la dessiccation par une cloche de verre, ils conservent leur vitalité 8 jours au moins; dans les mêmes conditions, sur la viande de hareng fumé, ils restent vivants jusqu'au 4e jour.

6° Sur une pomme, ils sont encore vivants de 24 à 30 heures après le desséchement de la surface; mais si on protège le fruit contre la dessiccation en le plaçant sous une cloche, ils sont encore vivants à la fin du 4e jour.

7° Sur un chou-fleur, ils restent, suivant les cas, vivants de 1 à 3 jours.

8° Sur le papier imprimé, replié sur lui-même, ils gardent leur vitalité au moins 17 heures; 23 heures 1/2 sur le papier à lettres enfermé dans une enveloppe et 20 heures au moins sur une carte postale.

9° Sur les monnaies de cuivre et d'argent, ainsi que sur les jetons en laiton, ils succombent très rapidement, de 10 à 30 minutes après leur dessiccation.

10° Sur les étoffes sèches de laine ou de toile, ils demeurent vivants de 1 à 4 jours; sur les étoffes humides, ils se maintiennent tels jusqu'à 12 jours et peut-être davantage. Sur la toile humide, même ils se multiplient.

11° Des mouches, après avoir été en contact avec des matières cholériques humides, peuvent rester infectieuses au moins 2 heures et contagionner la viande et le lait.

12° Sur la main de l'homme, non mouillée, les bacilles cholériques se maintiennent en vie au moins une heure, mais pas 2 heures. J. B.

Weitere Untersuchungen ueber Schutzimpfung des Menschen gegen asiatische Cholera, par G. KLEMPERER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 50, *p.* 1265, 12 *décembre* 1892).

G. Klemperer, ayant tiré du sang à deux hommes récemment guéris d'une atteinte de choléra léger mais indubitable (grâce à la présence des bacilles de Koch), a constaté qu'il suffisait d'inoculer à des cobayes un centigramme de sérum de l'un ou cinquante centigrammes de sérum de l'autre pour rendre ces animaux réfractaires à une intoxication cholérique mortelle.

Après avoir reçu en injections sous-cutanées fractionnées cinquante centigrammes de cultures cholériques atténuées par chauffage et trois grammes un dixième de cultures très virulentes, le sérum sanguin d'un étudiant acquit une telle vertu antitoxique qu'il suffit d'en inoculer à un cobaye cinq milligrammes pour le rendre réfractaire à l'intoxication cholérique ; avant les injections, le sérum sanguin de cet homme n'était anticholérique qu'à la dose de un gramme et demi.

Après avoir ingéré en différentes fois, dans l'espace de 47 jours, un demi-litre de cultures cholériques dans du bouillon, préalablement chauffées 2 heures à 70°, Klemperer reconnut que le pouvoir antitoxique de son sérum sanguin était 25 fois plus considérable qu'auparavant.

Cinq centigrammes du lait de chèvres rendues réfractaires au choléra sont un vaccin anticholérique certain pour les cobayes.

Cinq centimètres cubes du lait des mêmes chèvres injectés sous la peau d'un homme n'occasionnent pas de phénomènes morbides, mais suffisent pour conférer à son sérum sanguin des propriétés telles qu'un cobaye auquel on en a inoculé un quart de centimètre cube a acquis une complète immunité contre l'empoisonnement cholérique. J. B.

Du diagnostic bactériologique des microbes, spécialement du choléra asiatique, par VIQUERAT (*Revue médic. Suisse romande*, *XII*, 780, *décembre* 1892).

Le bacille du choléra nostras ou bacille de Finkler et Prior est plus gros, moins agile et a un cil plus court que le bacille du choléra asiatique ou bacille de Koch. En cultures, le bacille de Finkler liquéfie plus vite la gélatine (48 heures) que celui de Koch, ne forme pas de bulles de gaz et ne liquéfie pas en entonnoir, mais en forme de bas. Sur pommes de terre, le bacille de Finkler croit à la température ordinaire, ce que ne fait pas le bacille asiatique. Sur l'albumine de l'œuf de vanneau, le bacille de Finkler liquéfie déjà au 2e jour, en produisant une coloration jaune intense de toute la masse ; rien de pareil avec le bacille de Koch.

Le bacille de Finkler liquéfie plus rapidement le sérum ; ses colonies sur gélatine sont jaunâtres, granuleuses et n'ont pas les pointes radiées, ni la couleur rosée du bacille de Koch au début de leur apparition à la surface des plaques. Dans le bouillon, la membrane ridée apparaît plus lentement qu'avec le choléra asiatique. Le bacille de Finkler ne donne pas la réaction de l'indol, caractère chimique spécifique qui n'appartient qu'au choléra indien.

Quant au bacille de Deneke, il ne produit de membrane ridée à la surface du bouillon qu'au bout de 2 ou 3 jours, tandis que celui du

bacille de Koch la forme en quelques heures ; sa bulle gazeuse est plus grosse et il ne donne pas la réaction de l'indol; il est du reste très rare.

J. B.

I. — Zur Kenntniss des Wachsthums der Kommabacillen auf Kartoffeln (Du développement des bacilles-virgule sur pomme de terre), par Hans KRANNHALS (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasitenk.*, *XIII. p.* 33).

II. — Ueber das Wachstum der Cholerabacillen auf Kartoffeln, par O. VOGES (*Ibidem*, *XIII*, *p.* 543).

I. — Koch, Pluegge, Baumgarten, Eisenberg, Gunther, Schenk admettent que, sur la pomme de terre dont la réaction est normalement acide, le bacille du choléra ne se développe qu'à l'étuve (30-35° C) sous forme d'une culture gris brunâtre ressemblant aux cultures du bacille de la morve, et qu'il ne s'y développe pas à la température de 16-18°. Au contraire, sur ce même milieu, le bacille de Finkler-Prior se développerait abondamment à 18°, et le bacille de Deneke ne se développerait à aucune température.

L'auteur, contrôlant ces assertions, arrive aux conclusions suivantes :

1° Sur les pommes de terre alcalinisées par l'addition de quelques gouttes d'une solution, aqueuse de bi-carbonate de soude à 1 ou 2 0/0, le bacille-virgule se développe à 16-18° aussi abondamment, mais non pas aussi rapidement qu'à 30-35°.

La culture d'un blanc sale au point d'inoculation, au bout du deuxième jour à 38°, de 3 à 4 jours seulement à 16-18° devient jaune ou rouge puis rouge virant au brun, et en 2 ou 3 semaines couvre toute la pâle, surface de la pomme de terre. La culture est alors très brillante ; elle a une consistance crémeuse, non filante, et lorsqu'elle est vieille, dégage une légère odeur d'abricot. En 5 à 6 semaines, la culture s'élève de 1 millimètre et plus au-dessus de la surface de la pomme de terre. Elle est encore vivante et végétable au bout de 10 semaines.

2° Sur les pommes de terre non alcalinisées, et dont la réaction est acide on ne voit, lors même qu'on les maintient à l'étuve à 38°, le plus souvent rien d'apparent. Parfois au point d'ensemencement se montre une tache d'un blanc mat sale, ou d'un jaune brillant qui ne s'étend pas : les bacilles y sont encore vivants du troisième au sixième jour, mais y meurent après le dixième jour. La réaction de la pomme de terre est demeurée constamment acide.

Il arrive dans des cas très rares que la pomme de terre présente une réaction normalement alcaline : la culture du bacille virgule y prend alors l'aspect de celle du bacille de la morve : le quatrième jour apparaissent des colonies brunâtres ou gris-brunâtre, sous forme de petites gouttelettes saillantes, brillantes puis mates.

Les cultures du bacille du choléra, quelle qu'en soit la provenance, ont toujours présenté les mêmes caractères sur la pomme de terre.

Tout semble donc dépendre de la réaction chimique de la pomme de terre qui peut varier suivant les espèces, le terrain ou elles se sont développées, car il n'existe guère de milieu nutritif qui soit aussi variable : cela explique les divergences des descriptions données par les auteurs des cultures du bacille virgule sur pommes de terre.

II. — Voges eut l'idée de neutraliser la réaction normalement acide de la pomme de terre au moyen de sels de potasse et de soude. Stérilisant séparément les pommes de terre et des solutions de ces sels à des titres variés, il versait quelques gouttes de celles-ci sur les pommes de terre, ensemençait ces dernières, et maintenait les tubes ensemencés les uns à 37°, les autres à 20°.

Après avoir constaté que la culture ne se développait jamais sur les pommes de terre pures (non alcalinisées), à quelque température qu'il les maintienne, l'auteur a observé sur les pommes de terre additionnées de sels de potasse ou de soude, les faits suivants :

A. — *Sels de soude.* - 1° Les pommes de terre arrosées avec une solution aqueuse de 2-3 0/0 de sel de cuisine ont une réaction d'autant plus acide que la solution saline est plus concentrée. C'est sur ce milieu que la culture s'est montrée le plus abondante : à 37° apparaissent dès le lendemain des colonies grenues, blanc mat, qui s'étendent, s'épaississent, jaunissent, et prennent une teinte brun de miel au cinquième jour.

A 20°, la culture n'apparaît que le troisième jour, et ne commence à brunir que le cinquième. La coloration brune se manifeste surtout dans les parties supérieures de la pomme de terre, et pourrait bien tenir à la dessiccation.

2° Les pommes de terre additionnées d'une solution de 1/4 à 1 0/0 de lessive de soude ont une réaction légèrement alcaline. La culture du bacille du choléra s'y développe presque aussi bien que dans le cas précédent. Le développement se fait mieux lorsqu'on alcalinise avec la solution à 1/4 qu'avec celles à 1/2, 3/4 ou 1 0/0.

3° Les pommes de terre additionnées d'une solution aqueuse de soude caustique, ont une réaction fortement alcaline. Le développement s'y fait bien ; il est plus abondant et plus rapide si l'on se sert d'une solution à 1/4 que si l'on use de solutions plus concentrées à 1/2, 3/4 ou 1 0/0

Dans tous ces cas la culture se développe à 20° et à 37°, mais elle est plus abondante et sa croissance plus rapide à 37°. Ce qui importe le plus, ce n'est pas la réaction chimique (alcaline, neutre ou acide), ni le degré de l'alcalinité, mais bien la présence d'un sel de soude : les expériences suivantes le démontrent.

B. — *Sels de potasse.* - L'auteur arrose les pommes de terre stérilisées avec les solutions suivantes :

1° Carbonate de potasse : réaction alcaline. Développement moyen avec la solution à 1/4 0/0 ; moindre avec la solution à 1/2, 3/4 et 1 0/0 ; ne se développe qu'à 37°, rien à 20°.

2° Potasse caustique : croissance très lente ; la solution à 1/4 0/0 est la plus favorable à la culture. Réaction fortement alcaline. Mêmes résultats à 20° qu'à 37°. -

3° Chlorure de potassium : réaction acide comme avec NaCL. Le bacille du choléra n'y croît qu'à 37°, et quand on se sert de solutions à 2 0/0, la culture ne se développe qu'à partir du sixième jour. Rien avec la solution à 3 0/0 et au-dessus. Rien à 20°.

Dans cette série d'expériences avec les sels de potasse, la culture a toujours été beaucoup moins abondante et moins rapide qu'en présence de solutions correspondantes de sels de soude.

L'ensemencement sur pommes de terre additionnées de solutions à 1-6 0/0 de chlorure de magnésium est constamment resté sans résultat.

Kitasato avait déjà démontré que l'addition à la gélatine nutritive de soude ou de potasse caustique entravait le développement du bacille du choléra, et que le carbonate de potasse l'arrêtait plus rapidement que le carbonate de soude. Voges, de son côté, montre que si dans la gélatine nutritive on substitue le chlorure de potassium à celui de sodium, et le carbonate de potasse au carbonate de soude, la croissance du bacille et la liquéfaction de la gélatine sont plus lentes. MOSNY.

Ueber künstliche Schutzimpfung von Thieren gegen Cholera (Vaccination contre le choléra), par BRIEGER et WASSERMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 31 *p.* 701, 1892).

Les auteurs ont renoncé à l'emploi de l'extrait de thymus. Ils ont fait les cultures de vibrions cholériques dans le bouillon et les ont chauffées le second jour à 65° pendant 15 minutes.

Les animaux vaccinés ont supporté une double dose de culture virulente qui n'épargnait jamais les animaux témoins.

L'immunité se manifeste 48 heures après la vaccination et persiste deux mois comme dans la série des animaux traités par les extraits de thymus.

Il semble, d'après ces résultats, que le chauffage des cultures suffise pour faire perdre les qualités toxiques tout en conservant les propriétés vaccinantes. Mais, dans le procédé qui utilise les extraits de thymus, la chaleur joue un rôle peu considérable : les cultures, en effet, maintenues dans la glace et non chauffées ultérieurement sont aussi efficaces que les autres. L'extrait de thymus a donc en lui-même une vertu spécifique. L. GALLIARD.

Bacteriologische Untersuchungen bei Cholera nostras..., par Martin KIRCHNER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 43, *p.* 1073, 24 *octobre* 1892).

Kirchner a pratiqué l'examen bactériologique de 16 cas de choléra nostras dont 3 mortels. Chez une mère et son enfant, il a trouvé, dans le contenu intestinal, entre autres microorganismes, un streptocoque assez volumineux et une spirille très allongée ; celle-ci, très abondante, formait par endroits de véritables faisceaux, mais à l'autopsie de l'enfant, qui a seul succombé, il ne l'a retrouvée ni dans le sang ni dans les organes. Sur les plaques de gélatine, les spirilles ne se développèrent pas; il apparut en revanche, outre des colonies du bacille banal du côlon, des colonies, en forme de gouttes claires, appartenant au streptocoque. qui se développa aussi parfaitement dans du bouillon.

Kirchner a encore constaté ce même streptocoque dans un autre cas de choléra nostras mortel chez une dame venue de Hambourg à l'époque où régnait le choléra asiatique.

Chez aucun des 16 malades, Kirchner n'a pu découvrir le vibrion de Finkler et de Prior, mais il y a toujours rencontré, à côté d'autres saprophytes, le bacille banal du côlon ; ce dernier n'offrait jamais trace de courbure.

Relativement au traitement du choléra asiatique, Kirchner rejette,

comme médications peu rationnelles, l'opium (qui augmente la réceptivité des animaux), l'entéroclyse, l'hypodermoclyse et les injections salées intraveineuses qui, en amenant du liquide à l'organisme desséché, le raniment, mais au profit des bacilles cholériques.

Il préconise à l'intérieur l'acide chlorhydrique à hautes doses et les lavements de chloroforme ou d'eau oxygénée, tout en déclarant qu'il n'a pas eu l'occasion d'appliquer son traitement. J. B.

Della diffusione nell' organisme del virus rapido, par G. BOMBICCI (*Lo Sperimentale*, *p.* 170, 1892).

L'auteur a fait usage dans ces expériences du virus rabique fixe et du virus de passage. Il les inoculait à des lapins dans la chambre antérieure de l'œil. Il a constaté que dans les deux cas les résultats étaient absolument comparables : la mort des animaux survenait régulièrement, au bout d'un temps plus ou moins long si l'énucléation de l'œil était faite seulement de la vingt-quatrième à la trentième heure après l'injection. Pendant les vingt-quatre premières heures, le virus n'a pas encore eu le temps de se répandre jusqu'aux centres nerveux : l'énucléation de l'œil pratiquée à ce moment permet de conserver les animaux inoculés dans la chambre antérieure. P. BOULLOCHE.

Contribution à l'étude expérimentale du streptocoque de l'érysipèle, par H. ROGER (*Revue de médecine*, 10 *décembre* 1892).

Les principaux résultats expérimentaux obtenus par Roger, sont les suivants : 1° Le streptocoque de l'érysipèle inoculé au lapin par voie intraveineuse, produit tantôt une septicémie aiguë, tantôt une maladie chronique caractérisée par une cachexie progressive, tantôt une poliomyélite se traduisant pendant la vie, par l'atrophie des muscles des membres postérieurs ; 2° Inoculé sous la peau de l'oreille, il amène, suivant son degré de virulence, une septicémie mortelle sans lésion locale, un érysipèle parfois gangréneux, un simple abcès ; 3° La section du grand sympathique hâte la guérison de l'érysipèle expérimental et empêche la mutilation de l'oreille inoculée ; 4° La section des nerfs sensitifs favorise l'infection qui peut aboutir au sphacèle et entraîner la perte d'une portion de l'organe atteint ; 5° On peut conférer l'immunité contre le streptocoque par plusieurs procédés : inoculation intraveineuse de cultures atténuées ; inoculation sous-cutanée d'une culture de virulence moyenne ; injection intraveineuse de produits solubles chauffés ; 6° Dans un milieu placé à l'abri du contact de l'air, le streptocoque sécrète des produits toxiques qui tuent à des doses variant de 13 à 20 centimètres cubes par kilogramme ; ces produits toxiques sont précipités par l'alcool et détruits par la chaleur ; 7° Les cultures filtrées, non chauffées, injectées dans les veines à des doses variant de 0,5 à 12 centimètres cubes, exercent une action prédisposante ; elles diminuent d'une façon durable la résistance à l'infection streptococcique ; 8° Les mêmes cultures, chauffées à 110°, et injectées à des doses variant de 5 à 30 centimètres cubes, augmentent la résistance et confèrent l'immunité ; elles sont vaccinantes ; 9° Le streptocoque, semé dans le sérum des animaux vaccinés, donne naissance à une culture peu ou pas virulente ; ce sérum agit en atténuant le

microbe; 10° Le streptocoque, semé dans le sérum des animaux prédisposés, donne naissance à une culture plus nocive que celle dont il provient; mais on ne peut dire actuellement si le sérum agit en exaltant la virulence du microbe ou en diminuant la résistance de l'animal inoculé.

C. GIRAUDEAU.

Sull' azione del sangue di animali immuni inoculato ad animali suscettibili pel carbonchio, par A. SERAFINI et E. ERRIQUEZ (*Annali dell' Istituto d'Igiene speriment. della R. Univ. di Roma, I, et Hyg. Rundsch., II, n° 18, p. 807, 15 septembre* 1892).

D'après Ogata et Jasahura (*Comptes rendus de l'Université japonaise*, juin 1890), les bacilles du deuxième vaccin, qui ont végété dans le sang d'animaux ayant l'immunité charbonneuse, tels que grenouilles, rats blancs et chiens, ne tuent plus les souris.

Les expériences de Serafini et Erriquez, qui sont contradictoires, ont porté sur 24 lapins, 46 cobayes, 37 souris domestiques, 14 souris blanches. Ces 121 animaux ont reçu du sang d'animaux ayant l'immunité charbonneuse (chiens, rats, poules, grenouilles, crapauds, lézards et tortues); les injections ont été tantôt sous-cutanées, tantôt intrapéritonéales, tantôt intraveineuses. La quantité de sang injectée a varié de quelques centimètres cubes à 40 chez les cobayes et lapins, et de quelques gouttes à 1 centimètre cube chez les souris. Ce sang était tantôt additionné de la solution salée physiologique, tantôt défibriné; ou bien le sérum en était seul injecté. Parfois les injections ont été répétées.

L'inoculation charbonneuse était effectuée tantôt après l'injection du sang (en général au bout de quelques heures, une fois quinze jours après la dernière), tantôt en même temps et une seule fois quatre heures avant. Le virus charbonneux employé avait la virulence ordinaire.

Dans toutes ces conditions expérimentales si variées, le résultat a toujours été le même. Tous les animaux ont succombé sans qu'on pût remarquer aucune différence dans la durée de l'infection mortelle. (*R. S. M.*, XXXIX, 57, 69 et 494). J. B.

Action comparée de l'iode sur la bactéridie charbonneuse et sur les leucocytes. Application au traitement de la pustule maligne, par E. MAUREL (*Société de médecine de Toulouse*, 21 *février* 1893).

L'auteur a expérimenté isolément et simultanément l'action de l'iode sur la bactéridie et sur les leucocytes, aux doses de 1/50, 1/500, 1/1000 et 1/2000 ; et, de ses expériences, il conclut :

1° Que l'iode agit d'une manière plus énergique sur la bactéridie que sur les leucocytes; et que c'est grâce à l'atténuation de la bactéridie que nos leucocytes peuvent triompher d'elle, et en débarrasser l'organisme;

2° Qu'au moins en ce qui concerne l'homme, il faut tenir compte également de l'action *atténuatrice* du sérum, qu'il étudiera ultérieurement;

3° Mais que les leucocytes jouent un rôle indispensable dans la guérison par l'iode;

4° Que ce n'est là qu'une application de la loi qui domine la thérapeutique de toutes les affections microbiennes. Tous les antiseptiques connus jusqu'à présent seraient insuffisants sans le concours des phago-

cytes. Ces antiseptiques n'agissent sur les microbes qu'en les atténuant et en assurant la victoire de ces éléments;

Enfin, que c'est de cette pensée que doivent s'inspirer les recherches qui ont pour but le traitement de ces affections. A. C.

Zur Pathogenese des Milzbrandes bei Meerschweinchen und Kaninchen, par G. FRANK et O. LUBARSCH (*Zeitschr. f. Hyg., XI, et Hyg. Rundsch., II*, 485, 1er *juin* 1892).

Frank et Lubarsch ont recherché combien de temps après l'inoculation sous-cutanée, chez des cobayes et des lapins, les bacilles charbonneux pénètrent dans la circulation sanguine.

Chez les cobayes infectés avec des spores charbonneuses qui les tuent en 34 heures, on n'aperçoit dans le sang les bactéridies, jamais avant la 17e heure et toujours après la 22e heure.

Chez les lapins, les résultats n'ont pas été aussi réguliers. J. B.

Ueber die specifische Wirkung... (Effets de quelques substances sur le bacille de la morve), par BONOME et VIVALDI (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, *p.* 985, 1892).

Il était intéressant de rechercher quelle influence certaines substances organiques exerçaient sur le bacille de la morve, soit *in vitro* soit dans le corps même des animaux.

La *cadavérine* ajoutée à une masse de bouillon de 10 centimètres cubes empêche complètement le développement des cultures de bacilles de la morve lorsqu'on porte la dose à 0gr,004; elle affaiblit seulement le développement lorsque la dose est de 0gr,002, et alors on constate que les bacilles ont subi un processus dégénératif (vacuoles, polymorphisme, zooglées).

La cadavérine mélangée aux cultures de bacilles morveux rend celles-ci absolument inoffensives lorsqu'on les injecte aux cobayes, aux lapins et aux chats; mais l'immunité ainsi acquise ne doit pas être considérée comme définitive.

Le résultat est acquis même lorsqu'on n'ajoute la cadavérine qu'après 24 heures de développement des cultures morveuses dans le thermostat.

L'extrait de thymus donne des résultats comparables à ceux-là.

La *neurine* arrête le développement des cultures *in vitro*, mais dans l'organisme des animaux elle demeure sans effet. L. GALLIARD.

Untersuchungen über die Wirkung... (Action de l'inoculation du farcin dans les centres nerveux), par TEDESCHI (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat., XIII*, 2, *p.* 365).

L'inoculation de la morve, dans les centres nerveux tue l'animal susceptible de la prendre, plus rapidement que les autres procédés d'inoculation en usage. Des animaux, qui sont dits réfractaires au farcin (chien, rat), meurent plus ou moins vite, s'ils sont inoculés dans les centres nerveux. Tous les animaux présentent, en outre d'une grosse altération des méninges et du tissu nerveux, des signes d'infection généralisée, en particulier une hyperplasie de la rate, d'où on peut toujours obtenir des cultures pures de bacilles de la morve et souvent des lésions morveuses

d'autres organes. Le virus morveux devient plus virulent, par son passage dans les centres nerveux d'animaux réfractaires ou non. Ce fait peut être prouvé à l'aide de l'exsudat des méninges, du suc de la rate, par des cultures prises de l'un ou de l'autre et par des inoculations en série. Ces cultures conservent longtemps leur virulence. Dans les centres nerveux directement inoculés se forment des substances pyogènes pour les animaux sains ou morveux et une substance qui, chez l'animal infecté, provoque une réaction générale et locale, analogue à celle de la tuberculine. L'inoculation intra-nerveuse du farcin y provoque une infiltration de petites cellules, la formation de nodules farcineux et une dégénérescence grave des cellules nerveuses. Elle provoque, en outre, dans les autres organes, les lésions ordinaires de la morve aiguë; mais celles-ci se développent plus vite et plus violemment à cause de l'exaltation de la virulence. En outre de ces lésions, amenées directement par l'action du bacille, il survient des altérations parenchymateuses, qui tiennent moins à cette action directe qu'à l'influence de substances toxiques, se formant dans les centres nerveux, sous l'action du virus. C. LUZET.

Sur le processus de putréfaction dans le gros intestin de l'homme et sur les microorganismes qui le provoquent, par ZUMFT (*Arch. des sciences biol. de l'Inst. de méd. expér.*, *I*, *p.* 497, *Saint-Pétersbourg*, 1892).

Macfadyen, Nencki et Sieber ont déjà antérieurement démontré que les phénomènes de putréfaction du contenu du canal intestinal ne s'accomplissent, chez l'homme, à l'état normal, que dans le gros intestin presque exclusivement.

D'autre part, on sait, depuis Nencki, que ces phénomènes sont beaucoup plus énergiques lorsqu'ils sont déterminés par des mélanges de microbes que par une culture pure d'un seul microbe.

Dans des expériences faites *in vitro*, mais se rapprochant autant que possible des conditions naturelles, l'auteur a démontré que le processus de putréfaction déterminé par les bactéries du gros intestin de l'homme se fait lentement quand il a lieu à l'abri de l'air, dans une atmosphère d'acide carbonique, ce qui d'ailleurs concorde avec ce qu'on sait des fermentations en général. Cette fermentation ne décompose que 20 à 25 0/0 de la viande mise en expérience, aussi ne peut-elle jouer qu'un rôle secondaire dans le processus de digestion si on la compare au rôle prépondérant des sucs gastrique et pancréatique dans la dissolution et la résorption des matières albuminoïdes.

L'auteur a isolé un grand nombre de bactéries (bacilles, coccus), et entre autres un bâtonnet aéro-anaérobie qui n'a jamais été décrit, différent du bacterium coli et du proteus vulgaris, et donnant, avec les matières albuminoïdes, les mêmes produits de décomposition que ceux obtenus avec le mélange des microbes normaux du gros intestin : indol, scatol, phénol, acide carbonique, hydrogène sulfuré et méthylmercaptan. Quant au méthane, il paraît dû soit à un microbe que l'auteur n'aurait pu isoler, soit à l'action simultanée de plusieurs espèces.

MOSNY.

Zur Differenzirung der Typhusbacillen von typhusähnlichen Bakterien, par J. WEYLAND (*Arch. f. Hyg., XIV, et Hyg. Rundsch., II, n° 21, p. 932, 1er novembre* 1892).

Weyland a eu l'occasion d'examiner de près un bacille trouvé par Emmerich dans une eau potable suspecte et qui présentait la ressemblance la plus complète avec le bacille typhoïdique, tant au point de vue morphologique que par son mode de croissance sur les milieux nourriciers les plus divers. De même que le bacille typhoïdique, il ne donnait pas la réaction de l'indol. Weyland a réussi pourtant à l'en différencier par l'intensité de sa production d'acide carbonique qui est 5 ou 6 fois plus considérable que celle du bacille typhoïdique. Il y a là, d'après Weyland, un nouvel élément d'étude des bacilles des eaux potables. J. B.

Vergleichende Untersuchungen... (Recherches comparatives sur le bacille typhique et les bactéries analogues), par GERMANO et MAUREA (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XII*, 3, *p.* 494).

Les bacilles ressemblant au b. typhique sont si nombreux que sous le nom de b. neapolitanus, de b. coli commune, il existe toute une série de bacilles à caractères différents, en sorte qu'il faut faire abstraction du nom pour ne considérer que les propriétés de ces microorganismes. Il existe à peu près trente espèces de ces microbes; dans un même cadavre on peut isoler toute une série de bacilles analogues au b. typhique. Les caractères de chacune de ces variétés ne sont pas absoluments constants, qu'il s'agisse du pouvoir pathogène ou du pouvoir fermentatif, sur le lait, les sucres, ou de la puissance réductrice ou formatrice d'acides. On peut même admettre qu'en prolongeant les cultures on pourrait arriver à produire d'autres variétés encore. Il existe entre ces variétés tous les intermédiaires; certaines même se rapprochent beaucoup du b. typhique, mais il y a loin de là à ce qu'admettent Rodet et Roux, qu'il y ait transformation possible de ces bacilles dans le véritable b. typhique.

La variabilité du b. typhique n'est pas telle, que l'on puisse admettre pour lui de véritables variétés. Les seules différences consistent en une croissance plus ou moins abondante, une action pathogène plus ou moins forte. Un moyen absolument sûr, d'après ces auteurs, de différencier le b. typhique des bacilles analogues, c'est le développement de gaz dans les cultures par piqûre sur agar additionné de 2 0/0 de sucre de raisin, Ce procédé a d'autant plus de valeur qu'il permet le diagnostic dans les 24 heures. Tous les autres caractères (réaction de l'indol, coagulation du lait, fermentation du sucre de lait ou de canne, mobilité et cils, etc.) n'ont qu'une valeur limitée, car les autres bacilles peuvent les présenter. C. LUZET.

De la substance toxique qui engendre le tétanos, par COURMONT et DOYON (*Province méd.* 18 *mars et Lyon méd.*, 7 *mai* 1893).

1° Le bacille de Nicolaier engendre le tétanos par l'intermédiaire d'un ferment soluble qu'il fabrique.

2° Ce ferment, qui n'est pas toxique par lui-même, élabore aux dépens de l'organisme une substance directement tétanisante.

3° Cette substance se retrouve en abondance dans les muscles tétaniques, dans le sang et quelquefois dans les urines.

4° Elle résiste à une ébullition prolongée; elle exige pour se former des conditions favorables de température.

5° L'immunité naturelle ou acquise, l'immunisation tiennent à des causes qui ralentissent ou arrêtent cette fermentation. A. C.

I. — Ueber Immunisirung und Heilung von Versuchsthieren beim Tetanus, par BEHRING (*Zeitschrf. f. Hyg. XII et Rundsch.*, *II*, 894, 15 *octobre* 1892).

II. — Versuche zur Immunisirung von Pferden und Schafen gegen Tetanus, par SCHUETZ (*Hyg. Rundsch.*, *II*, *p.* 895).

I. — Behring a réussi à conférer l'immunité contre le tétanos aux lapins en augmentant simplement peu à peu les doses de cultures en bouillon injectées; ni lui, ni Kitasato n'ont pu, par ce moyen, doter les souris de l'immunité, mais ils y sont parvenus en atténuant les cultures tétaniques par le moyen de trichlorure d'iode. L'addition d'acide phénique, jusqu'à la proportion de 0,5 0/0, loin d'affaiblir la virulence des cultures tétaniques, la leur conserve plus longtemps; en revanche, le séjour dans la glacière atténue graduellement leur virulence. Le produit de filtration des cultures en bouillon ne possède que la vingt-cinquième partie de la toxicité des cultures intactes.

A l'aide du trichlorure d'iode, Behring a également rendu réfractaires au tétanos trois chevaux et deux moutons.

La dose mortelle est relativement plus élevée (1) pour les moutons que pour les chevaux (0,5). Le sang de ces animaux offrait à différents degrés la qualité de protéger les souris contre le virus tétanique.

II. — Schütz tire les conclusions suivantes des expériences qu'il a faites avec Behring et Kitasato :

1° Les chevaux présentent une grande, les moutons une faible réceptivité pour l'infection par les bacilles tétaniques.

2° Chevaux et moutons peuvent être rendus réfractaires par le procédé de Behring, tant à l'infection tétanique qu'au poison tétanique.

3° Cette immunité est susceptible d'être graduellement accrue.

4° La période d'incubation du tétanos est de quatre à cinq jours chez les chevaux, de deux à quatre chez les moutons.

5° Les résultats expérimentaux ne suffisent pas encore pour porter un jugement sur l'action curatrice du sang des animaux dotés de l'immunité. J. B.

A gas-producing Bacillus (Bacill. ærogenes capsulatus, nov. spec.) capable of rapid developement in the blood-vessels after death, par H. WELCH et G. NUTTAL (*The Johns Hopkins Hospital Bulletin*, *n°* 24, 1892).

A l'autopsie d'un phtisique ayant un anévrisme aortique, communiquant avec l'extérieur par deux perforations de la paroi thoracique antérieure, Welch et Nuttal ont constaté, 8 heures après la mort presque subite, d'innombrables bulles de gaz dans les vaisseaux sanguins, dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les viscères. L'examen microscopique du sang a révélé de nombreux bacilles d'une seule et même espèce, nouvelle, offrant les caractères suivants. Ce sont des bâtonnets à extré-

mités arrondies, de la grandeur des bacilles charbonneux, mais un peu plus épais et parfois légèrement incurvés suivant leur longueur ; ils sont généralement entourés d'une capsule immobile et réunis d'habitude sous forme d'agglomérats. Ils se teignent par les couleurs d'aniline ordinaire et peuvent être décelés par la méthode de Gram. Ils ne forment pas de spores.

Les cultures de ces bacilles les montrent anaérobies. A l'abri de l'oxygène, il se développent dans les milieux nourriciers usuels, en dégageant une grande quantité de gaz ; la température favorable à leur développement est celle de 35 à 37° centigrades. La durée de leur vie varie selon les sols nourriciers ; dans le bouillon, on peut les retrouver vivants au bout de 123 jours. La température de 55° centigrades les tue sûrement en 10 minutes.

Dans les circonstances ordinaires, ces bacilles gazogènes ne sont pas pathogènes pour les animaux sains et disparaissent assez rapidement du corps. Mais si l'on tue l'animal peu après une injection intraveineuse de 50 centigrammes à un gramme de liquide de leurs cultures, il s'effectue une multiplication rapide de ces microrganismes et une production de bulles gazeuzes, ainsi qu'on les avait constatées à l'autopsie du phtisique atteint d'anévrisme. Lorsqu'en revanche les bacilles ne sont injectés dans la circulation qu'après la mort, leur dissémination dans le corps est beaucoup plus lente. J. B.

Ueber die Ætiologie der Gasphlegmonen (phlegmone emphysematosa), par E. FRÆNKEL (*Centralblatt f. Bakter.*, *XIII*, *p.* 13).

Dans quatre cas de cette affection, E. Frænkel a trouvé un bacille jusqu'à présent inconnu, bien qu'il ait été entrevu par Rosenbach, E. Levy, Klebs. C'est un bacille anaérobie, immobile, souvent filamenteux comme le bacille du charbon ; il se différencie pourtant nettement de ce dernier microbe comme du vibrion septique.

Dans trois des cas étudiés, ce bacille survint à titre d'infection secondaire dans le cours de suppurations provoquées par les microbes pyogènes habituels.

Dans le quatrième cas, il s'agissait d'une infection pure de ce bacille.

Isolé sur plaques en présence de l'hydrogène, ce microbe se cultive bien sur les milieux additionnés de formiate de soude. Sur gélose glycérinée additionnée de formiate de soude, il se développe rapidement avec production de gaz qui d'abord apparaissent sous forme de bulles qui s'étendent et fendillent la gélose ; ces gaz semblent être de l'hydrogène sulfuré et des acides gras volatiles. Même développement sur gélose glycosée. Sur gélatine, ce bacille ne donne pas de gaz : il reste vivant plusieurs mois. Dans le bouillon additionné de glycose et de formiate de soude, en présence d'hydrogène, ce bacille produit un trouble et un abondant dégagement de gaz. Ce bacille n'a pas de spores. Il se colore par toutes les couleurs d'aniline, notamment par les méthodes de Lœffler et de Gram-Weigert.

L'inoculation sous-cutanée au cobaye donne un œdème hémorragique et gazeux sans traces de pus : l'animal meurt en 24-48 heures avec des plaques de sphacèle de la peau. L'ébullition rend les cultures inoffensives.

Une première injection ne confère pas l'immunité. L'incision précoce des parties malades peut amener la guérison. On trouve les bacilles dans les parties malades, les voies lymphatiques voisines, quelquefois la plèvre et le péritoine, mais pas dans les organes profonds. L'adjonction du staphylococcus aureus à ce bacille donne la même maladie avec production de gaz et de pus. MOSNY.

Contribution à l'étude du vibrion avicide, par BRUHL (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 1).

Ce microbe peut perdre irrémédiablement sa virulence, sans doute par le fait du vieillissement. Les colonies sont alors de couleur marron, à bords irréguliers, à aspect granuleux; elles liquéfient lentement la gélatine. Le vibrion peut, dans du bouillon de thymus, prendre la forme filamenteuse. La vaccination chimique est réalisable avec des cultures stérilisées (chaleur, essences, filtration), avec l'extrait glycériné ou les produits volatils. En traitant les cultures par l'acétate de plomb ou l'acide oxalique, on obtient un produit peu toxique nettement vaccinant et conférant une immunité durable; ce produit est détruit par l'alcool. Il y a aussi une substance albuminoïde précipitant par le sulfate d'ammoniaque et possédant un pouvoir vaccinal. L'immunité peut aussi être obtenue par injection intraveineuse faible et répétée de cultures stérilisées par ta chaleur à 60°. Le sérum de l'animal ainsi traité acquiert des propriétés bactéricides; il vaccine le cobaye et guérit l'animal infecté. GIRODE.

Recherches bactériologiques sur la suppuration chez les animaux de l'espèce bovine, par A. LUCET (*Annales de l'Inst. Pasteur*, *n° 4, avril* 1893).

Il semble qu'il existe chez le bœuf des microbes pyogènes spéciaux non encore décrits qui sont un streptocoque, un staphylocoque et trois bacilles.

Le premier, le plus fréquent (*streptococcus pyogenes bovis*) est un peu plus petit que celui de l'homme, il ne liquéfie pas la gélatine et forme sur la pomme de terre une culture non apparente; sa virulence est nulle en injection sous-cutanée et intra-péritonéale chez le cobaye et chez le lapin, et chez ce dernier, en inoculation intraveineuse.

Le *streptococcus pyogenes bovis* est aussi plus petit que celui de l'homme, il ne liquéfie pas la gélatine, donne une maigre culture grise ou gelose, et une mince couche mate, crayeuse sur pommes de terre. Il n'est pas pathogène pour le cobaye ni pour le lapin.

Le *bacillus pyogenes bovis* ressemble assez au bacille tuberculeux; il est un peu plus court; il trouble à peine et passagèrement les milieux liquides. Sa virulence chez le cobaye est variable, elle est nulle chez le lapin. Il aurait été vu par Höflich, Enderlein et Hess.

Le *bacillus liquefaciens pyogenes bovis*, semblable au précédent, liquéfie la gélatine. Il est sans action sur le cobaye, pyogène chez le lapin.

Le *bacillus crassus pyogenes bovis* ne liquéfie pas la gélatine. Il cultive avec une grande facilité sur tous les milieux Il est mobile, non

virulent chez le lapin, il cause la mort du cobaye en 36 ou 48 heures par inoculation intra-péritonéale, en déterminant une péritonite accentuée.

PAUL TISSIER.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Étude physiologique et hygiénique sur les essences de l'élixir de Garus, par CADÉAC et A. MEUNIER (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XIV*, 659).

L'élixir de Garus renferme neuf sortes de parfums : muscade, girofle, cannelle, néroli, safran, myrrhe, aloès, vanille et capillaire ; mais leur poids total ne dépasse pas vingt centigrammes par litre.

L'*essence de myrrhe*, ingérée à dose thérapeutique, exagère les contractions péristaltiques de l'intestin et détermine fréquemment de la diarrhée. Ces troubles digestifs sont d'origine centrale, car ils se manifestent quel que soit le mode d'introduction de la substance, mais ils manquent avec les doses toxiques. Les doses faibles ou moyennes déterminent un ralentissement prolongé des battements cardiaques ; les doses élevées et les doses toxiques provoquent, au contraire, une accélération initiale ; l'énergie des battements est constamment accrue. La tension artérielle est peu modifiée, de même que la respiration. Les sécrétions salivaire, intestinale, sudorale et urinaire sont légèrement excitées. La température s'abaisse. A doses physiologiques, l'essence de myrrhe exerce une sédation manifeste sur le système nerveux, mais elle est précédée d'une phase d'excitation. Ses effets sur le système nerveux et musculaire peuvent être résumés ainsi : à dose toxique, l'essence de myrrhe excite graduellement et lentement le système nerveux jusqu'aux convulsions et le paralyse ensuite ; à dose physiologique, elle tempère le système nerveux de la vie animale et excite le système nerveux de la vie organique.

L'*essence de muscade*, à la dose de 65 centigrammes (quantité contenue dans une noix muscade) ou même à dose double, n'amène chez l'homme aucune excitation générale ; on ressent une légère douleur de tête, d'abord sus-orbitaire, puis frontale, un peu d'obnubilation sensorielle et une diminution des activités cérébrale et musculaire, des contractions stomacales et un peu d'état nauséeux. Chez le chien, les troubles digestifs sont encore plus marqués ; les respirations augmentent de fréquence et d'amplitude, les battements cardiaques deviennent moins forts sans augmenter de nombre, la tension artérielle s'abaisse graduellement. Loin d'exciter le cœur, les faibles doses le calment, au contraire; la température s'abaisse. C'est un mauvais antiseptique. En résumé, c'est une essence qui, à dose thérapeutique, est beaucoup plus stupéfiante qu'excitante et ses propriétés stimulantes du système nerveux ne sont appréciables que lorsqu'on se rapproche des doses toxiques. A dose thérapeutique, elle n'active que les contractions de l'estomac et de

l'intestin. Cet ingrédient du Garus n'a d'égal comme quantité et de supérieur comme activité que le *girofle* (*R. S. M.*, XXXVIII, 92).

L'*essence d'aloès* affaiblit ou paralyse. A faible dose, elle détermine une paresse musculaire si grande que les animaux sont incapables du moindre mouvement ; mais l'activité cérébrale et la sensibilité demeurent intactes. L'essence d'aloès est très active ; elle affaiblit le cœur et la respiration.

L'*essence de néroli*, qui donne ses qualités à l'eau de fleur d'oranger, est un soporifique sûr et rapide ; le sommeil est précédé d'une phase de légère excitation et d'ivresse. C'est un sommeil calme, avec respiration facile, mais le moindre bruit réveille l'animal. La sensibilité cutanée et les sens ont conservé leur activité. L'action soporifique est prolongée. A tous les degrés d'intoxication, c'est toujours le sommeil qui est le phénomène prédominant. A dose toxique, l'essence de néroli paralyse complètement le système musculaire. La mort arrive par arrêt de la respiration ; le cœur continue à battre quelques secondes. C'est un poison assez violent.

Le *safran* est un stupéfiant du système neuro-musculaire et un excitant des organes abdominaux sous la dépendance du système ganglionnaire. Son rôle dans le Garus est plus grand comme colorant que comme sédatif, car il n'entre qu'un peu plus d'un demi-centigramme d'essence par litre de liqueur.

L'*essence de cannelle* est 8 fois plus abondante dans l'eau de mélisse des Carmes (*R. S. M.*, XXXVIII, 92).

La *vanille* ne renferme pas d'essence, mais une huile fixe et elle doit ses principales propriétés à l'aldéhyde méthylique protocatéchique ou vanilline ; celle-ci est un excito-stupéfiant, possédant sensiblement la même activité que la menthe, le basilic ; elle est très peu toxique.

En somme, dans l'*élixir de Garus*, les facteurs déprimants sont les plus nombreux et les plus puissants ; les seuls excitants sont la cannelle et la vanille, mais leurs effets stimulants sur le cœur et la respiration sont nuls. L'élixir de Garus affaiblit la puissance et la contractilité musculaires, diminue la sensibilité et agit beaucoup plus comme sédatif que comme excitant et c'est un assez bon antiseptique. Mais les essences qu'il renferme, loin de renforcer l'action excitante de l'eau-de-vie, engourdissent la volonté, diminuent l'énergie psychique et physique ; seul le tube digestif en est heureusement influencé, la sécrétion salivaire est exagérée et la tonicité du muscle gastrique est augmentée. Ce n'est donc pas au Garus qu'il faut s'adresser quand on a besoin d'un cordial énergique. Par ses effets physiologiques, il se rapproche de l'eau de mélisse des Carmes, mais il est beaucoup moins toxique. J. B.

Beitraege zur Kenntniss der Mutterkornwirkung, par A. GRUENFELD (*Arbeiten aus d. pharmakol. Institut zu Dorpat et Hyg. Rundsch.*, *II*, *n°* 22, *p.* 997, 15 *novembre* 1892).

Kobert a expliqué par un processus d'ozonisation, l'altération chimique qu'éprouve le seigle ergoté exposé à l'air et à la lumière. Les expériences de Gruenfeld lui ont appris que ces altérations, qui enlèvent à l'ergot son activité, commencent dès le 4e mois après la moisson, c'est-à-dire en no-

vembre, que l'ergot soit pulvérisé ou non. A partir de mars, c'est-à-dire 8 mois après la moisson, il est généralement inerte. Quand on expérimente sur de l'ergot tout frais, avant même que le seigle soit coupé, les phénomènes toxiques débutent 6 heures après l'administration de faibles doses.

Ces faits expérimentaux concordent avec la marche des épidémies d'ergotisme en Russie. Ces épidémies commencent et sont à leur maximum de violence en juillet et août, toujours dans l'année qui suit une année de mauvaise récolte. C'est qu'alors les habitants sont contraints de transformer immédiatement en pain le seigle fraîchement coupé de la dernière récolte. J. B.

Essais cliniques sur le chloralose, par J. LACAZE (*Semaine méd.*, 25 *mars* 1893).

Les résultats obtenus avec ce corps comme agent hypnotique dans des maladies diverses, confirment de tous points les indications de Richet. Avec 0. 20, 0. 40 centig, on obtient un sommeil calme, tranquille.

Dans un cas de tétanos, le chloralose a diminué les contractures, supprimé les crampes, donné du calme, sans pouvoir enrayer la marche progressive de la maladie.

Enfin, dans un cas de paramyoclonus, on a obtenu le sommeil et la diminution des mouvements spasmodiques, que n'avaient donné ni l'antipyrine, ni le bromure, ni le chloral. A. CARTAZ.

Du chloralose ; son action physiologique et thérapeutique, par A. GOLDENBERG (*Thèse de Paris*, 1893).

Le chloralose n'a été obtenu à l'état pur que par Hanriot et Ch. Richet, en 1893 ; c'est une combinaison de chloral anhydre et de glycose. Goldenberg en rapporte dans sa thèse les principaux effets physiologiques et thérapeutiques. Le chloralose agit spécialement sur le cerveau et sur la moelle et son action se manifeste dès la faible dose de 0 gram. 15 centigrammes, bien qu'on ait pu arriver sans accident jusqu'à 2 grammes 50 par jour.

C'est un hypnotique commode et fidèle ; point de réveil difficile après son emploi, ni de vomissements et nausées, ni constipations, ni céphalalgie, ni abaissement de pression artérielle, point d'accumulation, pas d'accoutumance. Par suite de l'absence de tout trouble digestif, il est indiqué comme hypnotique dans les affections stomacales et intestinales; d'autre part, par suite de l'action stimulante exercée sur le cœur par l'intermédiaire de la moelle, il est indiqué comme hypnotique dans les affections cardiaques, car, en même temps qu'il produit le sommeil, il diminue l'angoisse dyspnéique et régularise les battements du cœur.

Les hystériques sont très susceptibles au chloralose ; il faut donc l'employer chez elles avec prudence. R. FAURE-MILLER.

Ueber die Wirkung des Pentals, par KOSSA et NEUMANN (*Pester med. chir. Presse*, *n°* 16, 1892).

C'est en inspirations que le pental provoque le plus rapidement l'anesthésie générale. Chez les lapins, il détermine presque instantanément l'abolition du réflexe cornéen; la pupille se dilate d'abord, puis

se rétrécit au maximum quand le danger devient menaçant. Le pental pur amène la mort par la respiration ; aussi les battements de cœur se prolongent-ils quelque temps après les derniers mouvements respiratoires ; à ce moment on peut encore ranimer l'animal en expérience par la respiration artificielle.

Un mince jet de pental lancé dans l'oreille d'un lapin, amène l'anesthésie ; dans l'œil, on ne détermine que de la douleur et une irritation.

Le pental tue rapidement les infusoires ; il déforme les globules rouges qui abandonnent leur matière colorante. Le sang au contact du pental devient brun; il ne se produit pas de méthémoglobine, mais les raies d'hémoglobine disparaissent. Les mouvements respiratoires se ralentissent sous l'action de ce produit,

Un centimètre cube et demi de pental en inspirations détermine la mort d'un lapin en deux minutes, c'est-à-dire aussi vite que le bromé-thyle, mais plus lentement que le chloroforme. La pression sanguine s'abaisse sous l'action du pental.

Il faut donc ne se servir du pental qu'avec précautions, surtout chez les individus atteints d'affections cardiaques ou pulmonaires. LEFLAIVE.

Zur Kenntniss der Sulfonalwirkung (Sur l'action du sulfonal), par A. KAST (*Archiv für experim. Path. und Pharmak.*, *XXXI*, *décembre* 1892).

La dose maxima de sulfonal nécessaire pour obtenir une action hypnotique est de 2 grammes pour l'homme, de 1 gramme pour la femme.

Ces doses, en raison de la lente élimination du sulfonal, doivent aussi être regardées comme des doses maxima pour un jour. Il faut dans la fixation des doses laisser de côté ce qui concerne l'action du sulfonal dans les asiles d'aliénés ; le sulfonal est ici donné à dose plus forte en raison de l'état d'excitation des malades, en outre le contrôle continuel du médecin permet de surveiller et de parer aux accidents qui pourraient se produire.

D'après les faits cliniques et expérimentaux il est indiqué de suspendre de temps en temps, pendant un ou plusieurs jours l'administration du sulfonal lorsquelle doit être prolongée.

Les troubles de l'appétit, un sentiment de malaise, mais surtout des vomissements, suivent l'ingestion prolongée du sulfonal. Les douleurs gastriques ou même l'excrétion d'une urine contenant de l'hémato-porphyrine sont des signes d'une intolérance passagère ou durable de l'organisme et indiquent la cessation de l'emploi du sulfonal.

Avec ces restrictions et à ces doses l'emploi du sulfonal est sans danger. PAUL TISSIER.

Ueber die therapeutische Verwendung des Trionals und Tetronals, par A. SCHÆFER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 29, *p.* 724, 18 *juillet* 1892).

Le trional et le tétronal jouissent nettement de propriétés hypnotiques et en même temps calmantes. Les effets calmants sont un peu plus marqués pour le tétronal qui est, en revanche, moins soporifique.

Leurs effets commencent à se manifester dans un laps variable de dix à vingt minutes.

Le trional est indiqué, à titre d'hypnotique sûr et prompt, dans l'in-

somnie résultant de neurasthénie, de psychoses fonctionnelles et d'affections organiques du cerveau. Il n'est complètement impuissant que dans les cas où il y a eu abus de la morphine et de la cocaïne, et dans l'insomnie liée à des douleurs physiques.

Le tétronal est indiqué comme soporifique dans les psychoses où l'insomnie tient à un certain degré d'agitation motrice.

Ni l'un ni l'autre ne sont efficaces comme calmants dans les degrés intenses d'excitation psychique avec besoin immodéré de mouvement.

La dose active oscille entre 1 et 2 grammes. On peut, sans inconvénient, en donner à la fois 3 et 4 grammes, et de 6 à 8 grammes par jour.

Le meilleur mode d'administration est en solution, dans du lait ou du vin, immédiatement avant le coucher,

Les phénomènes physiologiques incommodes se bornent à quelques troubles du côté de l'estomac ou de l'intestin.

La cessation de la médication, même après un usage prolongé, n'entraîne aucun phénomène particulier. Ni l'un ni l'autre ne semblent donner lieu à de l'accoutumance.

Les effets du trional et du tétronal sont plus intenses et plus rapides que ceux du sulfonal.

Contre l'agitation motrice modérée où le trional et le tétronal sont efficaces, on note l'impuissance du sulfonal, de l'hydrate d'amylène et de la paraldéhyde.

Contre l'agitation intense du moral ou du physique, le trional et le tétronal sont inférieurs aux injections d'hyoscine.

Six fois sur cent, le trional et le tétronal laissent, le lendemain, de la somnolence et de l'abattement ou des vertiges, de la lourdeur de tête, du vacillement dans la marche (*R. S. M.*, XXXVII, 471). J. B.

Action locale des alcaloïdes des aconits sur la sécrétion sudorale, par P. AUBERT (*Lyon méd.*, 7 *mai* 1893).

A dose égale, l'aconitine napel a sur la sécrétion locale sudorale une action plus lente à s'établir, mais aussi intense et plus durable que celle de la pilocarpine.

L'aconitine ferox, japonaise, la napelline, n'exercent aucune action locale idrotique ou anidrotique sur la sécrétion sudorale. L'aconitine ferox étant plus toxique que la napel, il n'existe pas de rapport entre l'activité d'une aconitine et son pouvoir sudoral.

Si on ne constate pas d'une façon régulière l'action idrotique de l'aconit napel, cela tient à ce que la toxicité du produit ne permet pas de la donner toujours à doses suffisantes. C'est ce qui explique vraisemblablement l'insuccès de divers produits pharmaceutiques, teintures, alcoolatures ou extraits. A. CARTAZ.

De l'action du curare sur les animaux à sang chaud, par LEBELL et VESESCU (*Société de biologie*, 28 *janvier* 1893).

Un membre (patte antérieure, chien) dont la circulation veineuse de retour est empêchée par une ligature sur la veine (axillaire) et sur la racine du membre, sauf l'artère et les nerfs, reçoit une dose suffisante de

curare. Il n'y a point de paralysie au bout de 30 minutes. Même chose au bout d'une heure chez le lapin. Si l'on enlève la ligature de la veine, l'animal est paralysé et meurt en quelques minutes. DASTRE.

Lésions histologiques du rein produites par les sels de baryte chez les animaux, par A. PILLIET et A. MALBEC (*Société de biologie*, 17 *décembre* 1892).

La lésion dominante de l'empoisonnement est celle du rein; pas d'inflammation, mais hémorragie et dégénérescence épithéliales, différant d'ailleurs de la nécrose de coagulation des néphrites mercurielles. C'est une dégénérescence ayant l'aspect de la dégénérescence granulo-graisseuse, mais plus compliquée. DASTRE.

Ueber die Ablagerung von Fluorverbindungen im Organismus nach Fütterung mit Fluornatrium (Dépôt des combinaisons du fluor dans l'organisme après alimentation avec le fluorure de sodium), par J. BRANDL et TAPPEINER (*Zeitschrift für Biologie*, *XXVIII*, *p.* 518).

On a cru que les fluorures alimentaires étaient éliminés par l'urine, comme les autres sels halogènes. Mais les auteurs montrent qu'à peine 1/5 est rejeté par cette voie. Ils donnent quotidiennement à un chien une dose de fluorure variant de 1 décigramme à 1 gramme. On dose le fluor dans les excréta soigneusement rassemblés, pendant plus d'une année. Après autopsie, on dose également le fluor dans les différents organes. On trouve pour 100 grammes de sang 0gr.,120 de fluorure de sodium; dans le même poids de muscle, 0gr.,13; dans le foie, 0gr.,09; dans la peau, 0gr.,33; les tissus étant pesés à l'état sec. De même, dans le squelette, 5gr.19; dans les dents, 1gr.,00. Le chien de 12 kilogrammes environ avait fixé 64 grammes de fluor. Les cartilages et les os présentaient des modifications anatomiques évidentes. Il s'était donc fait un dépôt important de fluorures dans les tissus. La plus grande partie s'est déposée dans les os sous forme de cristaux; on retrouve les cristaux de spath fluor dans les canalicules osseux et dans les lacunes du tissu osseux spongieux. DASTRE.

Oxychinaseptol oder Diaphtherin, par ROHRER (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 21, *p.* 682, 1er *novembre* 1892).

L'oxyquinaseptol ou diaphthérine est un nouvel antiseptique étudié, aux points de vue bactériologique et clinique, par Emmerich et Kronacker (*Münchener med. Wochens.*, 1892, n° 19). Il se compose d'une molécule d'oxyquinoline et d'une molécule de phénolsulfonate d'oxyquinoline, et se présente sous forme d'une poudre ambrée, d'odeur safranée, très soluble dans l'eau.

Rohrer l'a employée chez cinquante-sept malades atteints d'affections auriculaires ou nasales.

Dans les trente cas de suppurations chroniques et fétides de l'oreille moyenne, il a pratiqué des injections avec des solutions de 0,3 à 1 0/0, et a lavé la caisse avec des solutions à 0,1 0/0; ensuite il introduisait une petite quantité de la poudre. Les résultats ont été très satisfaisants; la fétidité a rapidement disparu, la suppuration s'est tarie au moins aussi vite qu'avec les autres antiseptiques. Chez quelques malades, l'applica-

tion de la poudre a occasionné une sensation passagère de brûlure ; il en a été de même dans les fosses nasales.

Chez quinze malades, Rohrer a fait des irrigations des fosses nasales avec la solution à 0,1 0/0 et des applications de la poudre. L'odeur désagréable de l'ozène a promptement été modifiée.

Les eczémas du nez et des oreilles se sont bien trouvés des injections chaudes de la solution à 0,1 0/0. La diaphthérine pure s'est montrée trop irritante dans ces cas.

En somme, l'emploi de l'oxyquinaseptol est indiqué en otothérapie et rhinothérapie, surtout dans les otorrhées et coryzas fétides, à cause de ses remarquables propriétés désodorantes. J. B.

I. — Alumnol, ein neues Adstringo-Antisepticum, par R. HEINZ et A. LIEBRECHT (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 46, *p.* 1158, 14 *novembre* 1892).

II. — Alumnol, ein neues Mittel gegen Hautkrankheiten und Gonorrhœ, par CHOTZEN (*Ibidem*, *n°* 48, *p.* 1219, 28 *novembre*).

I. — L'alumnol, composé de 5 0/0 d'aluminium pour 15 0/0 de soufre, se présente sous la forme d'une poudre fine, blanche, non hygroscopique, très soluble dans l'eau froide et encore mieux dans la chaude ; un peu moins soluble dans l'alcool avec fluorescence bleue. Il est également soluble dans la glycérine mais non dans l'éther. C'est un agent réducteur, qui brunit à l'air. Ainsi s'explique la vilaine teinte que prend à la longue la surface des pommades, sans d'ailleurs qu'elles perdent en rien de leurs propriétés. Les solutions d'alumnol ont une réaction un peu moins acide que celles des sels végétaux. Elles précipitent l'albumine, mais le précipité se redissout instantanément dans un excès d'albumine. En présence de la gélatine, l'alumnol se comporte comme en présence de l'albumine. Il se dissout dans les sécrétions purulentes, fait important pour les emplois thérapeutiques dans les cavités et conduits.

Une solution au centième ne tue qu'au bout de 24 heures les bacilles et spores du charbon, ainsi que les bacilles pyocyanique, prodigieux, etc. Mais les solutions à quatre dixièmes pour cent empêchent d'une façon absolue la végétation des cultures du charbon, de la fièvre typhoïde, du choléra, des staphylocoques, etc.

D'autre part, l'action astringente de l'alumnol a été établie sur le mésentère de la grenouille. Une autre expérience prouve que son action ne se borne pas à la surface des tissus.

Injecté, concentré et à dose massive, dans les vaisseaux sanguins de lapins, l'alumnol y forme des caillots qui entraînent rapidement la mort par thromboses cardiaques. Les solutions à 20 0/0 introduites dans l'estomac de ces animaux, ne sont pas caustiques ; elles déterminent seulement une violente irritation se traduisant par de la diarrhée ; quelquefois elles amènent la mort, vraisemblablement par soustraction d'eau. Sous la peau, il faut en injecter plusieurs jours de suite 5 grammes, pour amener la mort. A l'autopsie, on constate des lésions rénales. Chez l'homme, l'alumnol a été employé dans plusieurs centaines de cas, sans trace de phénomènes toxiques. Les urines restent toujours normales et ne renferment jamais d'aluminium.

Pour tarir rapidement la suppuration, on se servira comme liquide de

lavages des plaies, des solutions de 0,5 à 2 0/0; pour cautériser les trajets fistuleux, de solutions de 10 à 20 0/0; pour exciter les ulcères torpides, de solutions ou de pommades de 3 à 6 0/0.

II. — En un an, Chotzen a expérimenté l'alumnol dans plus de 300 cas d'affections cutanées. Il l'a appliqué soit pur, soit mélangé à du talc et de l'amidon, soit en solutions, soit additionné d'alcool, soit en pommades, en vernis (9 différents) en emplâtres, en bâtons. Il en conclut qu'il est efficace : 1° dans les inflammations superficielles aiguës : érythèmes, eczémas, acnés, sycosis non parasitaire, zona, surtout sous forme de vernis; 2° dans les inflammations profondes chroniques; 3° dans les inflammations parasitaires : érysipèle, favus, lupus, chancre mou. En injections à 1 ou 2 0/0, il tue très rapidement les gonocoques, à moins de complications; 4° dans les inflammations des muqueuses : uréthrite simple, vaginite catarrhale, catarrhe du col, pharyngite, gingivite (gargarismes et badigeonnages avec solutions à 1/4-1 0/0. J. B.

Die Wirksamen Bertandtheile des gelsem. semp. (Les principes actifs du gelsemium sempervirens), par Arthur R. CUSHNY (*Archiv für exper. Path. u Pharm.*, *XXXI*, 92).

La gelsémine est très peu active. Chez les mammifères, C. n'a pu obtenir d'effet toxique ; chez la grenouille, 5 milligrammes ne déterminèrent aucune action. Avec 10 milligrammes, intoxication grave surtout chez la rana temporaria. Le symptôme dominant est une hyperexcitabilité réflexe très marquée, survenant 1 à 2 heures après l'injection dans le sac lymphatique abdominal et pouvant persister 80 heures. A dose élevée, la gelsémine paralyse les terminaisons nerveuses musculaires comme la curarine. En raison des analogies de l'intoxication avec celle produite par la strychnine chez la grenouilles (avec la stychnine il faut des doses plus faibles et l'action curarisante survient plus tard) on peut les réunir dans le même groupe.

La gelsémine amorphe est beaucoup plus active. Avec 1 milligramme, on obtient déjà chez la grenouille une narcose légère. L'excitabilité réflexe est plutôt diminuée. Un symptôme spécial constant est le tremblement de la tête et de la partie antérieure du corps dès qu'on excite l'animal ou qu'il se meut. Le tremblement dure 1-2 secondes. Avec 2-3 milligrammes, la respiration spontanée s'arrête; avec 5 milligrammes la mort est inévitable ; chez la grenouille voici ce qu'on observe : paralysie du nevraxe ne déterminant aucune période antérieure d'excitation et allant du cerveau à la moelle ; paralysie curarinique des terminaisons motrices musculaires.

Chez les animaux à sang chaud, la gelseminine agit aussi énergiquement. La dose mortelle chez le lapin est de 1 milligramme par kilog. d'animal. Les symptômes sont à peu près identiques à ceux observés chez la grenouille et consistent en une paralysie descendante du système nerveux central. L'action de la gelsémine est à comparer avec celle de la conicine. PAUL TISSIER.

Etude expérimentale sur la condurangine, par A.-L. PERRET (*Thèse de Paris*, 1893).

Le *gonolobus condurango* est une plante de la famille des asclépiadées

que l'on trouve particulièrement dans l'Equateur, dans le Vénézuela et la Colombie. Elle contient, entre autres matières, divers glucosides dont la condurangine β qui a servi de base à ce travail. Cette substance détermine une ataxie locomotrice par compression et irritation des cordons et des racines postérieurs de la moelle par les vaisseaux hyperémiés. Elle possède une particularité curieuse : additionnée à la gélatine en forte proportion, elle constitue un milieu de culture meilleur que la gélatine seule, tandis qu'additionnée en faible proportion, elle retarde les cultures.

En outre de son action spéciale sur la moelle, la condurangine détermine de la dyspnée, de la précipitation et de l'affaiblissement des systoles cardiaques ; enfin, elle produit des lésions graves dans le rein. Il en résulte que la condurangine est un médicament dangereux.

R. FAURE-MILLER.

Des effets hypnotiques et sédatifs de l'hyoscine, par VERGEZ-HONTA (*Thèse de Paris*, 1893).

L'hyoscine semble jouir des mêmes propriétés hypnotiques que l'hyosciamine et, suivant la plupart des auteurs, elle n'en présenterait pas les inconvénients. Elle réussit assez bien dans les différentes formes d'aliénation mentale, à calmer l'agitation et à ramener le sommeil chez les malades, pourvu qu'il n'y ait pas de lésions matérielles ou tendance manifeste de la vésanie vers la démence. Dans les pneumonies ataxiques, l'hyoscine donne de bons résultats pourvu qu'il n'y ait pas d'altération du myocarde. Elle peut amener le sommeil chez des névropathes chez qui le chloral et la morphine ont échoué, mais son action est moins constante. R. FAURE-MILLER.

Etude sur le losophane, par F. DESCOTTES (*Thèse de Paris*, 1893).

Le losophane est un homologue supérieur du phénol, un dérivé de substitution du crésol, ou métacrésol-triiodé. Descottes en a repris l'emploi, déjà conseillé par Saafeld, de Berlin, dans les maladies de peau, dans le service de Quinquaud. Le résultat de cette expérience a été que le losophane employé à des doses beaucoup plus fortes que par Saafeld, dans toute une série d'affections de la peau, n'a jamais produit d'irritation. Il a agi aussi bien que les autres médicaments jusqu'ici préconisés dans l'ulcère de jambe. Dans les affections syphilitiques primaires, il a eu une action très favorable. Ses effets curatifs se sont manifestés dans les cas de chancres mous ou simples. Les malades atteints de folliculite et d'eczéma ont été grandement améliorés. Dans le lichen circonscrit, le losophane a combattu avec succès le prurit si désagréable, si douloureux qui accompagne presque constamment cette maladie. Il en a été de même dans un cas de prurigo. R. FAURE-MILLER.

De l'action de quelques médicaments sur la tension artérielle, par R. LAUZÉRAL (*Thèse de Paris*, 1893).

Dans cette thèse, Lauzéral rappelle que la tension artérielle est modifiée sous l'influence de certaines maladies et que quelques médicaments sont indiqués dans ces cas par leur action même sur la tension artérielle.

D'une façon générale, ces médicaments pourraient donc être divisés en hypotenseurs de la tension et en hypertenseurs. C'est là, nous dit Lauzéral, une division trop absolue, et tel médicament, d'ordinaire hypertenseur, peut parfois devenir hypotenseur, et réciproquement. Ceci dit, l'auteur étudie l'effet, sur la pression vasculaire, de la digitale, de la caféine, du strophantus, de l'ergot de seigle, du sérum artificiel, des iodures, de la trinitrine et de l'opium. La digitale n'est ni un médicament hypertenseur ni hypotenseur; c'est plutôt un agent régulateur de la tension artérielle ; la caféine augmente la pression artérielle par son action sur le myocarde et sur la tunique musculaire des vaisseaux ; le strophantus agirait dans le même sens ; l'ergot de seigle est un médicament hypertenseur. Il élève la tension artérielle surtout en déterminant la constriction des petits vaisseaux ; le sérum artificiel est également un hypertenseur; l'action des iodures, en l'espèce, n'est pas établie, car les résultats obtenus ont été variables; l'opium est un hypotenseur et abaisse la tension artérielle en dilatant les petits vaisseaux; il en est de même, mais à un degré beaucoup plus accentué pour la trinitrine et le nitrite d'amyle. R. FAURE-MILLER.

I. — Morphium, Abstinenzerscheinungen und Magen, par Eduard HITZIG (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 49, *p.* 1237, 5 *décembre* 1892).

II. — Idem, par Fedor PLESSNER (*Ibidem*, *n°* 9, *p.* 223, 27 *février* 1893).

I. — Parmi les symptômes qu'offrent les passionnés de morphine, qu'on prive de leur poison, se trouvent l'agitation des membres et du tronc avec sentiment de brûlure dans le dos, phénomènes qui rappellent tout à fait les symptômes présentés par beaucoup de malades atteints de gastrite chronique. D'autre part, les expériences d'Alt (*R. S. M.*, XXXIV, 496), faites à l'instigation d'Hitzig, ont montré l'élimination rapide par l'estomac d'une grande partie de la morphine injectée sous la peau. Rapprochant ces deux faits, Hitzig en est venu à penser que chez les morphinomanes, le passage continu de cet alcaloïde dans l'estomac altère les sécrétions de la muqueuse et que la cure d'abstinence les modifie brusquement en sens contraire. Dans cette manière de voir, les phénomènes subjectifs, signalés plus haut, seraient dus à une suracidité du suc gastrique. Hitzig a saisi l'occasion de vérifier la justesse de cette hypothèse chez un médecin morphinomane. Il résulte des recherches pratiquées sur ce malade que la sécrétion d'acide chlorhydrique est réduite presque à zéro pendant l'usage de la morphine, qu'elle augmente quand on réduit les doses du toxique et qu'elle atteint son maximum quelques jours après qu'on en a cessé complètement l'usage. Mais jamais elle n'atteint un degré tel qu'on puisse parler de suracidité; il ne s'agit donc que d'une suracidité relative.

II. — Plessner apporte, à l'appui des idées d'Hitzig, les observations empiriques qu'il a pu faire chez une quinzaine de morphinomanes soumis à la cure d'abstinence. A cause des troubles gastriques, il a l'habitude de prescrire à ses malades de l'acide chlorhydrique. Chez presque tous, cette médication a eu pour résultats de faire disparaître la mauvaise bouche, la tendance à vomir, les éructations et d'exciter l'appétit. Un

seul morphinomane n'a pas bénéficié de l'acide chlorhydrique, mais il avait un ulcère de l'estomac. J. B.

I. — Sur le mode d'élimination de l'oxyde de carbone, par L. DE SAINT-MARTIN (*Compt. rend. acad. des sciences*, 6 *février* 1893).

II. — Recherches de la proportion d'oxyde de carbone qui peut être contenue dans l'air confiné, à l'aide d'un oiseau employé comme réactif physiologique, par M. GRÉHANT (*Ibidem*, 6 *février* 1893).

I. — Les animaux intoxiqués par l'oxyde de carbone, placés dans des conditions où l'élimination en nature est impossible, détruisent lentement mais régulièrement une certaine quantité du gaz toxique : cette destruction est d'autant plus active que l'intoxication est moins profonde, et laisse par conséquent dans le sang plus d'oxygène disponible. Il faut tenir compte, pour apprécier la proportion d'oxyde de carbone capable de rendre mortelle une atmosphère confinée, du temps pendant lequel le mélange gazeux toxique est respiré. Ce fait paraît donner la clef des intoxications nocturnes, aujourd'hui si fréquentes, par l'usage des poêles à combustion lente : la dose d'oxyde de carbone capable de rendre mortelle une atmosphère, pour un homme endormi et, par suite, moins résistant, qui y séjourne plusieurs heures, serait ainsi infiniment plus faible qu'on ne le supposait jusqu'ici en se basant sur des expériences de courte durée faites sur des animaux. M. DUVAL.

II. — Ce procédé physiologique (analyse des gaz du sang) est beaucoup plus sensible que l'emploi du grisoumètre, puisqu'il permet de retrouver, dans un volume de sang, soixante fois plus d'oxyde de carbone qu'un égal volume du mélange à un millième n'en contient. M. DUVAL.

Contribution à l'étude des lésions dans l'intoxication mercurielle, par Max, LETOUX (*Thèse de Paris*, 1893).

Letoux donne dans sa thèse le résultat des recherches anatomo-pathologiques chez l'homme et chez les animaux, les expériences de laboratoire étant venues confirmer les premières constatations. Ce sont les reins et les intestins qui, dans l'hydrargyrisme sont les organes le plus souvent et le plus gravement atteints. Dans les intestins, c'est la partie terminale (rectum) qui présente les lésions les plus avancées. Dans les reins, les tubes contournés sont surtout atteints ; les lésions que présentent ces organes rappellent celles observées dans le choléra. Du côté des nerfs, on constate des altérations trophiques segmentaires et périphériques (hydrargyrisme chronique).

Toutes ces lésions sont assez caractérisées pour permettre, dans certains cas, d'affirmer le diagnostic d'intoxication mercurielle.

R. FAURE-MILLER.

Ueber die mikrochemische Localisation des Phosphors in den Geweben. (Sur la localisation micro-chimique du phosphore dans les tissus), par Léon LILIENFELD (*Archiv f. Physiologie*, *p.* 548, 1892).

Pour déceler microchimiquement la présence du phosphore dans les tissus vivants, l'auteur traite d'abord par une solution de molybdate d'ammoniaque pendant un temps plus ou moins long (quelques minutes

à une demi-heure pour les combinaisons peu stables de phosphore, jusqu'à vingt-quatre heures pour les combinaisons difficiles à décomposer), puis lave soigneusement et fait agir pendant une ou plusieurs minutes une solution d'acide pyrogallique à 20 0/0. Le phosphomolybdate qui s'était formé est réduit, d'où coloration plus ou moins foncée (jaune, brune ou noire). On lave les préparations, on les examine soit directement, soit après les avoir montées dans le baume.

L'auteur expose les résultats que lui ont fournis les différents tissus. Les combinaisons phosphorées existent abondamment dans toutes les cellules en voie de développement, dans les bactéries, les têtes des spermatozoïdes, les noyaux des leucocytes, les plaquettes du sang, les globules rouges, les fibres musculaires, les noyaux des cellules en général, sauf pour les cellules nerveuses où le noyau est presque exempt de phosphore, tandis que le protoplasme en contient beaucoup, etc., etc.

LÉON FREDERICQ.

59 Fälle von Giftschlangenbissen, die in der Schweiz beim Menschen..., par **C. KAUFMANN** (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 22, *p.* 689, 15 *novembre*, *et n°* 23, *p.* 723, 1er *décembre* 1892).

Intéressant travail dans lequel Kaufmann publie les résultats d'une enquête qu'il a faite auprès de ses confrères des divers cantons suisses, pour connaître les cas de morsures chez l'homme par serpents venimeux. Il en publie 59 dont le plus ancien remonte à 1824 et le plus récent à 1891.

Il n'y a d'autres serpents venimeux en Suisse que les vipères, aspic et péliade. L'aspic ou vipère commune habite tout le Jura, la péliade est au contraire un animal alpin.

88 0/0 des morsures humaines sont produites en Suisse par l'aspic et 12 0/0 seulement par la péliade. 10 cantons (les renseignements manquent pour le Tessin) en ont fourni des cas ; plus du quart des observations proviennent des Grisons; viennent ensuite par ordre de fréquence, Berne, le Valais et Soleure.

18 0/0 des morsures concernent des individus au-dessous de 10 ans. Les morsures ont pour sièges : les mains ou les doigts, 72 fois sur 100; les pieds ou les jambes 13 fois sur 100; l'avant-bras ou le coude 7 fois sur 100, les cuisses 5 fois sur 100.

Les symptômes locaux consistent en douleurs irradiant du lieu de la blessure, en un gonflement rapide du membre dont les téguments prennent une teinte anormale; les phénomènes généraux, en lipothymies, prostration extrême, état nauséeux, vomissements et diarrhée. Dans deux observations, un aspic a mordu successivement deux individus, sans que les phénomènes morbides fussent sensiblement atténués chez le second atteint. Un blessé a été mordu par une tête de vipère déjà séparée du tronc. Il y a eu guérison 87 fois sur 100; le temps qu'elle a demandé a oscillé entre 3 et 21 jours, soit en moyenne 7 1/2 jours. Toutes les morsures de la péliade ont eu une issue favorable.

Les 8 décès (13 0/0) sont le fait de morsures de l'aspic; la moitié des victimes sont des enfants au-dessous de 10 ans. Cela représente une mortalité d'ensemble de 36 0/0 au-dessous de 10 ans, et de 7,6 seulement

à partir de cet âge. Le siège des blessures ne semble pas avoir d'influence sur leur mode de terminaison.

L'époque de la mort varie entre 8 heures et 5 jours.

Le meilleur traitement est depuis longtemps classique : cautérisation locale et alcool à l'intérieur(*R. S. M.*, IV, 320 ; V, 334 ; IX, 102 et XXII, 94.)

J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

Thérapeutique physiologique du cœur, par G. SÉE (*T. II*, *Paris*, 1893).

Ce tome second du *Traité des maladies du cœur* se divise en quatre parties. La première est consacrée à la physiologie normale et à la physiologie pathologique du cœur. Les phénomènes de compensation y sont longuement considérés. La nutrition de cet organe sain ou malade est spécialement étudiée, ainsi que le régime approprié dans les deux cas.

Dans la seconde partie, Sée passe en revue les divers médicaments cardiaques. Ils peuvent être rangés en trois groupes : 1° le groupe des iodures (vaso-dilatateurs en même temps que systoliques; vaso-moteurs, tels que nitrite d'amyle, ergotine, etc.); 2° le groupe des digitaliques (régulateurs de la circulation, agissant surtout sur l'élasticité cardiaque : digitale, strophantine, spartéine, etc.); 3° le groupe des caféiques (régulateurs de la circulation par suite de l'action directe sur les éléments sécréteurs de l'urine, diurétiques : caféine, théobromine, lait, lactose, scille, calomel, etc.).

Tels sont les médicaments cardiaques ou régulateurs. Sée ajoute aux trois groupes indiqués un groupe accessoire dont les constituants sont les adjuvants des médicaments fondamentaux. Ces auxiliaires sont les suivants : 1° auxiliaires respiratoires (iodures, morphine, atropine, pyridine, etc.); 2° auxiliaires calmants (anesthésiques : chloroforme, éther, etc.; somnifères : sulfonal, paraldéhyde, etc.; sédatifs : bromure de potassium, cannabis indica, etc.; paralgésiants : antipyrine, phénacétine, etc.); 3° auxiliaires fortifiants (quinine, arsenic, etc.); 4° auxiliaires évacuants ou dépresseurs (purgatifs, sudorifiques, bains, saignées, etc.).

Dans la troisième partie (symptômes), Sée étudie les symptômes et leur traitement : troubles cardiaques proprement dits (arythmie, tachycardie, bradycardie, palpitations, cardiodynie, cardialgie); symptômes extra-cardiaques (polypnée, dyspnée, asthme cardiaque, dyspepsie, ictère, ascite, hémorrhoïdes, dyspepsie biliaire, albuminurie, etc., etc.).

Dans la quatrième, on trouve l'étude des lésions artérielles (artério-sclérose générale, artério-sclérose des coronaires, angine de poitrine); des lésions valvulaires (rétrécissements, insuffisances) et des maladies et lésions du myocarde lui-même.

Sée termine son ouvrage par un appendice où sont contenues des considérations sur les cardiopathies selon l'âge, le sexe, la constitution, l'état antérieur ou actuel (maladies cardiaques, héréditaires et congénitales, cardiopathies de la puberté, de la puerpéralité, de la ménopause, de la vieillesse, des forts et des faibles, des aliénés, des diabétiques, des arthritiques et des goutteux, des neurasthéniques).

R. FAURE-MILLER.

Emploi du nerium oleander (laurier rose) dans le traitement des affections cardiaques, par ŒFELE (*Aerztl. Rundschau*, 38 *et* 39, 1892).

De ses expériences faites sur 73 cardiaques, l'auteur conclut que les feuilles, le fruit, l'écorce du laurier rose ont une action thérapeutique voisine de celle de la digitale. La meilleure préparation est une infusion concentrée à laquelle on peut ajouter une certaine dose d'alcool ou de glycérine. Les effets du médicament sont prompts et durables. On observe le ralentissement du pouls, l'augmentation de la diurèse et des garde-robes et le relèvement de la tension sanguine. Il diffère de l'adonis par son action sur le péristaltisme intestinal. Il n'agit pas aussi efficacement que le strophantus sur les vaisseaux ; aussi peut-on l'administrer chez les athéromateux. Ses indications cliniques sont celles de la digitale ; il est contre-indiqué s'il y a de la diarrhée ou des vomissements. La dose quotidienne varie de 0,05 à 0,50 centigrammes. H. R.

I. — Von einigen Folgen über grosser Blutfülle (Sur quelques suites d'une augmentation notable de la quantité de sang), par H. Chr. GEELMUNDEN (*Archiv. f. Physiologie, p.* 480, 1892).

II. — La transfusion du sang homogène défibriné dans la cavité péritonéale et l'échange matériel, par A. PUGLIESE (*Archives italiennes de biologie, p.* 365, *XVIII*, 1893, *et Atti della R. Accad. dei Fisiocritici, VI*, 5-6).

I. — L'auteur a pratiqué sur plusieurs chiens des transfusions abondantes de sang artériel de chien non défibriné, ce qui semble ne produire aucun trouble de la santé chez l'animal transfusé. On observe chez lui une augmentation de l'azote des urines qui persiste pendant plusieurs jours. L'excès de l'azote excrété par rapport à l'azote alimentaire semble provenir pour la plus grande partie du sang transfusé. La destruction des albuminoïdes de la partie liquide du sang transfusé marche plus vite que celle des globules, d'où au début une augmentation progressive de la richesse centésimale du sang en globules et hémoglobine, puis retour progressif à la valeur de la composition moyenne. Les globules paraissent se détruire à l'intérieur même des vaisseaux.

LÉON FREDERICQ.

II. — La question de savoir si l'on doit attribuer à la transfusion de sang homogène une valeur nutritive n'est pas encore résolue. On a cherché si la transfusion augmentait la production de l'urée. La réponse a été négative pour Panum, Landois, Tschiriew, Forster. Pour Silva et Worm-Müller, au contraire, l'augmentation existe. La seconde question est de savoir si la transfusion sanguine, faite pendant le jeûne, ne diminue pas la perte de poids et l'amaigrissement de l'animal transfusé.

Pour Worm-Müller, Luciani, Bufalini, la perte de poids n'est pas ra-

lentie; pour Albertoni, Tschiriew et Panum, elle l'est, dans certains cas. L'auteur reprend la question : il analyse les urines et suit les variations du poids de l'animal. Des résultats obtenus, il résulte que le sang injecté fut utilisé en partie. Il est probable que le sang injecté a subi le processus de désintégration; mais on n'a pas pu décider si ce sang fut assimilé, ou si, par sa destruction, il a épargné celle des tissus de l'organisme. DASTRE.

Ein weiterer Beitrag zur Transfusionsfrage (Nouvelle contribution sur la question de la transfusion), par v. ZIEMSSEN (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *L, p.* 491, 1892).

La transfusion intra-veineuse faite de veine à veine, pratiquée avec les précautions nécessaires est une opération facile et sans danger. Elle produit souvent un peu de réaction fébrile, mais donne quelquefois lieu à un peu d'albuminurie, très rarement à de l'hémoglobinurie, et dans ce cas il y a vraisemblablement eu quelques fautes opératoires. Ses effets immédiats sont liés à l'augmentation de l'hémoglobine circulante ; ses effets secondaires sont une augmentation persistante du nombre des globules rouges, une amélioration des forces, de l'appétit, de la digestion et du sommeil, Dans la chlorose rebelle, elle peut être le point de départ d'une réparation active.

L'injection sous-cutanée de sang a pour elle sa facilité, elle réclame moins d'aide ; elle n'est pas suivie de réaction fébrile immédiate, mais elle nécessite la narcose chloroformique et laisse dans le territoire injecté une induration douloureuse, qui peut être, il est vrai, diminuée par une application locale de glace.

Les contre-indications de la transfusion sont les stades avancés de la leucémie, de la pseudo-leucémie et de l'anémie pernicieuse. C.LUZET.

« Cardine », the extract of the heart (cœur), par HAMMOND (*New York med. journ.*, *p.* 429, 22 *avril* 1893).

Hammond reconnaît à la cardine (extraite du cœur du bœuf) une influence manifeste sur le cœur. Pour lui, c'est le tonique qui agirait avec le plus de promptitude, de certitude et aussi de persistance.

La cardine serait surtout indiquée pour relever la pression artérielle, pour soutenir le cœur défaillant des vieillards.

A l'appui de ces conclusions, l'auteur cite quatre observations cliniques. MAUBRAC.

De l'embolie graisseuse du poumon consécutive à des injections sous-cutanées d'huile créosotée et du moyen de prévenir cet accident, par TROISFONTAINES et C. PHILIPPE (*Semaine méd.*, 25 *mars* 1893).

Chex un tuberculeux de 30 ans, soumis depuis sept semaines à des injections d'huile créosotée (2 gr. créosote, 3 gr. huile) dans la région fessière, on observe un jour à la suite d'une injection, de la toux, de la dyspnée, de la cyanose, de l'angoisse et une sueur froide. Il fallut des soins énergiques (injections d'éther, de caféine, inhalations d'oxygène) pour ranimer le malade.

Chez le second malade, des accidents de même nature, survenus dans les mêmes conditions, furent suivis de mort. A l'autopsie, œdème pulmo-

naire de tout le poumon droit ; on négligea de chercher l'embolie graisseuse.

A. C.

Des injections intra-pulmonaires, par DE LA JARRIGE (*C. R. de la Société de biologie*, *p.* 191, 18 *février* 1893).

L'auteur injecte un liquide médicamenteux (huile d'olive, menthol, créosote) dans les bronches.

Le malade ouvre la bouche et tient le bout de sa langue avec deux doigts; on éclaire avec un miroir frontal le fond du pharynx; on met le petit miroir laryngien, tenu de la main gauche dans la zone éclairée, de manière à avoir l'image de l'épiglotte et de la glotte. On introduit dans l'ouverture ainsi aperçue le bout de la seringue, qui est tenu par la main droite, en ayant soin d'exercer un mouvement de bascule de haut en bas, de manière que cette canule longue et recourbée dépasse les premiers anneaux de la trachée. On peut à volonté introduire le liquide dans la bronche gauche ou dans la bronche droite. Il est très bien supporté.

DASTRE.

I. — Klinische und experimentelle Beitraëge zur Kreosotbehandlung der Lungentuberculose, par Albert ALBU (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 51, *p.* 1300, 19 *décembre* 1892).

II. — *Idem*, par FUERBRINGER (*Ibidem*, *n°* 50, *p.* 1287, 12 *décembre* 1892),

I. — Résultats d'essais thérapeutiques poursuivis depuis cinq ans dans le service de Guttmann, sur l'emploi de la créosote dans la tuberculose pulmonaire. Suivant les recommandations de Sommerbrodt, la dose quotidienne du médicament a été portée jusqu'à 3 grammes. D'une façon générale, les phtisiques supportent bien, même à la longue, ces doses massives de créosote, mais celle-ci n'a aucune action ni sur la fièvre, ni sur le nombre, ni sur la virulence des bacilles; Albu et Weyl ont vérifié ce dernier point par des expériences sur des lapins et des cobayes.

Quant aux autres symptômes d'amélioration, tels que l'augmentation du poids, la cessation des sueurs, l'incitation de l'appétit, Albu n'en rapporte pas le mérite à la créosote. En effet, il a vu se produire la même amélioration passagère de l'état général chez un phtisique traité successivement par la tuberculine, par l'expectative et par la créosote; pour lui, il n'y a là qu'un effet de l'hygiène hospitalière.

Il conclut que la créosote n'a aucune action sur la tuberculose pulmonaire, sans disconvenir toutefois que ce soit à l'heure présente le meilleur médicament symptomatique dont nous disposions contre cette maladie. En effet, chez la plupart des malades, c'est un bon expectorant; pour d'autres, c'est un stomachique et, somme toute, il a souvent des effets toniques, mais il ne guérit pas, même passagèrement, la phtisie.

II. — Fürbringer a renoncé à prescrire la créosote, après l'avoir employée chez des centaines de tuberculeux, même à hautes doses, avec les résultats d'ensemble que voici :

Dans la moitié des cas, ce médicament n'a eu ni bon ni mauvais effet; dans un quart des cas, il a troublé les fonctions digestives; enfin, dans le dernier quart, il a produit une réelle amélioration, même des signes physiques. Mais cette amélioration n'a pas été plus marquée que celle

obtenue par l'hygiène et la diététique hospitalières, sauf peut-être en ce qui concerne l'appétit. (*R. S. M.*, XXXVIII, 525 et 526.) J. B.

Behandlung der Lungenschwindsucht mit subcutanen Injectionen von Oleum camphoratum, par Bruno ALEXANDER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 49, *p.* 1256, 5 *décembre* 1892).

Alexander a poursuivi ses expériences sur le traitement de la phtisie par les injections d'huile camphrée.

Jusqu'ici il ne connaît que Huchard et Faure-Miller (*R. S. M.*, XXXIX, 90) qui en aient vérifié les résultats.

C'est pour la dernière période de la maladie qu'Alexander réserve cette médication. Durant quatre jours de suite, il injecte 1 gramme d'huile camphrée, laisse ensuite un intervalle de huit à dix jours, puis recommence. Il interrompt les injections lorsque des râles apparaissent sur un nouveau point de la poitrine.

Chez les phtisiques fébricitants, il faut abaisser la dose injectée à un décigramme, ce qui représente un centigramme de camphre. Sinon la fièvre s'exacerbe, et il y a menace d'œdème pulmonaire. Font toutefois exception les malades fébricitants chez lesquels à la tuberculose des poumons se joint une tuberculose du larynx; chez eux, la seule dose efficace est celle de 1 gramme d'huile.

Sous l'influence de ces injections, l'appétit, le sommeil deviennent meilleurs, le poids du corps augmente, les sueurs et la fièvre cessent.

Alexander ne connaît aucune contre-indication à leur emploi, même la grossesse ou l'enfance.

Quelques expériences comparatives qu'il a faites avec d'autres stimulants (musc, caféine, etc.) lui ont appris que seul le natrobenzoate de caféine pouvait, dans quelques cas, être substitué au camphre; il est encore plus que ce dernier un tonique du cœur, mais il n'excite pas l'appétit et n'a aucune action sur la température. J. B.

La sieroterapia in 10 pneumonici, par G. LAVA (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, *p.* 33, *janvier* 1893).

L'auteur rapporte les observations de dix pneumoniques soumis aux injections de sérum de sang et d'extraits de viscères d'animaux pneumoniques. Il conclut de ces observations que les injections ne déterminent aucune réaction locale, immédiate ou ultérieure; il n'y a aucun trouble subjectif général à la suite d'injections de sérum ou d'extraits de viscères de lapin, des troubles transitoires à la suite d'injections de sérum de sang de chien. Les injections n'ont aucune influence immédiate marquée sur la température, elles provoquent un abaissement progressif de la courbe thermique dans son ensemble; elles diminuent la fréquence du pouls immédiatement et ultérieurement; elles abaissent également le chiffre des respirations; la crise se montre généralement peu après les injections et s'accomplit en un temps limité; la convalescence est généralement rapide et la guérison complète, sans complications.

GEORGES THIBIERGE.

Operative Behandlung der eitrigen Brustfellentzundung (Traitement opératoire des pleurésies purulentes), par RUNEBERG (*Zeitsch. für klin. Medicin, XXI, p.* 195-241).

Voici les résultats obtenus à la clinique d'Helsingfors par les divers procédés de traitement opératoire des pleurésies purulentes. De 1876 à 1883, des lavages sont faits chaque jour après l'empyème. La proportion des guérisons complètes est de 6 sur 20 cas, soit 30 0/0. De 1883 à 1885 où l'on a fait un seul lavage après l'opération, il y a 7 guérisons complètes sur 9 cas, soit 78 0/0. De 1885 à 1890, période où tout lavage est supprimé, il y a 56 guérisons complètes sur 58 cas, soit 96,5 0/0. Sur les malades de la première période, cinq avaient succombé, sur les malades des deux autres, un seul mourut d'érysipèle.

La durée moyenne du traitement pour les malades guéris complètement fut de 101 jours dans la première période, de 84 jours dans la seconde, de 52 jours dans la troisième.

En faisant même intervenir dans cette amélioration énorme des résultats le rôle d'une antisepsie de plus en plus parfaite, l'influence néfaste des lavages de la plèvre n'en est pas moins démontrée.

A. F. PLICQUE.

A contribution to the subject of acute pleuresy : it pathology, etiology, symptomatology, and treatment, par PARSONS (*Med. News, p.* 57, 21 *janvier* 1893).

Longue étude dans laquelle nous relèverons un mode de traitement que propose l'auteur, mais qui n'a pas encore été employé. C'est le traitement de l'épanchement pleurétique par l'électricité : l'électrocentèse.

L'aiguille avec laquelle on ferait la ponction représenterait un électrode, tandis que l'autre électrode serait appliqué sur la paroi externe de la poitrine. On pourrait ainsi faire passer un courant de 30 à 50 milliampères et peut-être davantage : on obtiendrait ainsi la coagulation de la fibrine et l'absorption de la partie liquide de l'épanchement.

Cette opération serait pratiquée lorsque la thoracentèse est contre-indiquée, lorsqu'il y a reproduction de l'épanchement après des ponctions répétées, et enfin dans certains cas d'épanchements secondaires, en particulier ceux sous la dépendance de la tuberculose. MAUBRAC.

Ein Fall chronischer Secretionsuntüchtigkeit des Magens. Das Benzonaphtol, par C. A. EWALD (*Berlin. klin. Wochens., n°* 26, *p.* 629, *et n°* 27, *p.* 672, 27 *juin et* 4 *juillet* 1892).

Ewald rapporte l'histoire d'un jeune homme de vingt-neuf ans, qu'il soigne depuis deux ans et demi, et qui présente les signes d'une atrophie de la muqueuse gastrique, ou, en tout cas, d'une inaptitude chronique de cette muqueuse à sécréter le suc gastrique.

Jamais son estomac ne contient ni acide chlorhydrique libre, ni pepsine, ni peptone; il rend, tel quel, le repas d'épreuve. A la suite d'un traitement comprenant un régime alimentaire approprié, la faradisation interne de l'estomac et l'ingestion quotidienne d'un demi-litre ou de trois quarts de litre d'une solution d'acide chlorhydrique, les forces sont revenues, et il a augmenté en poids de 21 kilogrammes. Néanmoins, malgré l'administration, durant deux ans et demi, de 3 ou 4 grammes d'acide chlorhydrique par jour, l'absence de sécrétions glandulaires est toujours aussi absolue, quels

que soient les aliments ingérés. Ce n'est pas l'acide chlorhydrique libre seulement qui fait défaut, il y a anachlorhydrie totale.

Il est intéressant de noter que la proportion des chlorures de l'urine a augmenté à peu près dans les mêmes proportions qu'on introduisait dans l'économie de l'acide chlorhydrique.

Ewald aborde ensuite la question des *désinfectants intestinaux*. Pour lui, il n'y a que trois antiseptiques intestinaux de réelle valeur : le benzo-naphtol, la résorcine et le salicylate de bismuth. Ce dernier est indiqué quand on a besoin d'un calmant. Parfois le benzo-naphtol est mal toléré, provoquant quelques coliques et des selles diarrhéiques. J. B.

Einfluss des doppeltkohlsäuren... Natrium auf den Stickkstoffumsatz (Influence du bicarbonate et du citrate de soude sur les échanges azotés de l'organisme), par JAWEIN (*Zeitsch. für klin. Medicin, XXII, p.* 43-69).

Le bicarbonate et le citrate de soude donnés à hautes doses ne diminuent l'assimilation de l'azote qu'au moment où ils deviennent laxatifs. L'élimination est peu modifiée, plutôt légèrement augmentée. Loin d'être diurétiques, ces sels à hautes doses provoquent plutôt une légère diminution de l'élimination aqueuse. Les oxydations sont notablement diminuées, les produits sulfureux de l'urine neutres augmentent, les produits acides diminuent considérablement. Les fermentations intestinales ne sont pas modifiées. A.-F. PLICQUE.

Ueber die Behandlung von Magengeschwüren... (Traitement des ulcères gastriques, de quelques symptômes d'excitation et des hémorragies), par FLEINER (*Münch. med. Woch., n°* 18, *p.* 339, 1893).

F. emploie le sous-nitrate de bismuth à haute dose, selon la méthode de Kussmaul, ce médicament ayant l'avantage de diminuer la sensibilité des parties et en même temps d'adoucir ou d'interrompre pour un temps les phénomènes d'excitation, moteurs et sécrétoires. On doit cependant distinguer deux ordres de cas : 1° Le bismuth en suspension en lavages au moyen de la sonde (10 à 20 grammes S. N. Bismuth pour 200 d'eau) est indiqué dans tous les phénomènes d'excitation sensibles, moteurs et sécréteurs que le lavage seul n'améliore pas; par exemple dans les vieux ulcères gastriques, les cancers ulcérés et les érosions hémorragiques, dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum, où il agit comme un spécifique. Il faut faire ces lavages d'abord tous les jours, puis tous les 2 ou 3 jours. Même après l'emploi de 200 à 300 gr. de bismuth, l'auteur n'a noté aucun phénomène toxique. 2° Le bismuth en grosses doses (10 gr. dans un verre d'eau tiède), donné à jeun le matin, est indiqué dans les ulcères, où l'emploi de la soude est contre-indiqué.

L'emploi du bismuth dans toutes ses formes est contre-indiqué dans les affections gastriques à sécrétion acide fortement diminuée, sauf les érosions hémorragiques et les tumeurs. C. LUZET.

Ueber die Verwendbarkeit des Salols... (De l'utilité du salol pour l'examen du fonctionnement stomacal), par H. STERN (*Wien. med. Wochenschrift, n°* 43, 1892).

Lorsque l'estomac d'un animal est complètement fermé par une ligature du pylore, malgré la réaction acide du contenu stomacal, le salol

est résorbé et ses produits de dédoublement apparaissent dans les urines. Lorsque la muqueuse stomacale sécrète beaucoup de mucus, le dédoublement du salol est rapide et les mucosités donnent la réaction caractéristique de ce dédoublement. Si l'on injecte du salol dans le tissu cellulaire sous-cutané, il met deux jours à s'éliminer sous forme d'acides phénique et salycilique.

Ces faits montrent que le salol ingéré ne peut servir à mesurer la rapidité de l'évacuation du contenu stomacal, ni par conséquent l'énergie des contractions de l'estomac. LEFLAIVE.

Sur la curabilité de la cirrhose hépatique, par FERREIRA (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 *octobre* 1892).

Quand la maladie n'est pas arrivée au stade d'atrophie ultime, et qu'il ne s'agit encore que de la phase hypertrophique, ou quand on a affaire à la cirrhose hypertrophique d'origine paludéenne, il peut y avoir des chances de guérison. Ferreira en rapporte quatre cas obtenus par la médication iodurée, le régime lacté et les mercuriaux. Les diurétiques sont des adjuvants utiles de ce traitement. R. FAURE-MILLER.

Die Calomelbehandlung in einem Fall von hypertrophischer Lebercirrhose, par Ludwig SIOR (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 52, *p.* 1327, 26 *décembre* 1892).

Chez un homme de 30 ans atteint de cirrhose hypertrophique du foie, après inefficacité de divers traitements, y compris l'iodure de potassium, Sior a recouru avec succès à la médication de Sacharjin (*R. S. M.*, XXIX, 71) par le calomel. Celui-ci fut administré par doses réfractées de 5 centigrammes, au nombre de six par jour, espacées de deux en deux heures, durant trois jours consécutifs. Puis, après une interruption de même longueur, on recommença et ainsi de suite, pendant un mois. Au bout de ce temps, on ne prescrivit plus que quatre doses quotidiennes de 5 centigrammes pendant trois jours, suivies d'une pose de trois jours. Ce traitement fut poursuivi trois mois, sans le moindre phénomène d'intolérance, malgré l'absence de gargarismes préventifs. Dès le troisième jour de l'administration du calomel, on nota la disparition des douleurs et de la fièvre, puis une rapide diminution de l'ictère, enfin la diminution de volume du foie. J. B.

Om Kalomeldiuresen, par BEXELIUS (*Hygiea*, *mai* 1892).

C'est contre l'hydropisie cardiaque que le calomel agit le mieux à titre de diurétique ; il réussit moins bien contre les hydropisies d'origine rénale ou hépatique. L'efficacité du médicament dépend moins de la variété de la lésion cardiaque que du degré de la compensation.

Le calomel comme diurétique s'administre à la dose quotidienne de 0,60 centigrammes en trois ou en six fois. Le maximum d'action s'obtient avec 0,80 centigrammes. Le médicament doit être administré non seulement en présence de l'hydropisie, mais encore dès qu'il existe de l'oligurie persistante. Le calomel a pu être pris onze jours de suite et sans inconvénient aux doses susdites. Si la crainte de l'intoxication mercurielle invite à n'en pas prolonger trop longtemps l'usage, du moins trois

jours de traitement, sont un minimum indispensable. La diurèse ne se montre pas dès le premier jour. LEFLAIVE.

Traitement du typhus exanthématique par les bains froids, par COMBEMALE et GAUDIER (*Bull. méd.*, 23 *avril* 1893).

C. et G. ont traité dans leur service 18 cas de typhus. Les malades étaient plongés dans un bain à 18° et 15° dès que la température dépassait 39° ; l'abaissement thermique a toujours été très marqué dans le premier septenaire. Les résultats, malgré le chiffre élevé des décès, ont été favorables; sur 18 cas, il y a eu 8 morts, 4 dans la première quinzaine, quatre du 15 au 22e jour, de myocardite ou de décubitus acutus. A. C.

Reichliche Ernährung bei Abdominaltyphus (De l'alimentation abondante dans la fièvre typhoïde), par C. PURITZ (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXI*, 2).

Puritz nourrit d'une façon substantielle de jeunes soldats atteints de typhus abdominal en leur donnant du lait, du bouillon, du pain et beaucoup d'eau.

En déterminant les ingesta et les excreta, ainsi que la diminution du poids du poids du corps, Puritz arrive aux résultats suivants :

1). Les typhiques sont à même de digérer une quantité notable d'albuminoïdes, aussi bien dans la période fébrile que plus tard lorsque la fièvre commence à tomber.

2). La digestion des albuminoïdes se fait moins bien pendant la période fébrile, lorsqu'on administre beaucoup de ces substances que lorsqu'on en donne peu.

3). Une alimentation riche en albuminoïdes augmente la quantité d'urée chez les typhiques.

4). La désassimilation des substances albuminoïdes diminue pendant une alimentation abondante, malgré l'intensité des échanges organiques.

5). Le poids du corps et l'excrétion de l'azote diminuent un peu moins par jour, lorsqu'on nourrit bien les typhiques.

6). L'urine augmente si le typhique se nourrit bien et qu'il boive abondamment ; cette alimentation n'exerce aucune influence sur l'apparition de l'albumine dans l'urine.

7). Ce régime n'élève pas la température des typhiques.

8). Un pareil régime ne trouble pas les fonctions stomacales ; il fait cesser la diarrhée et produit même une légère constipation.

9). Sans prolonger la période fébrile, un semblable régime ne produit ni complications, ni récidives et hâte la convalescence. ÉD. RETTERER.

De l'emploi du sublimé dans le traitement interne des fièvres typhoïdes, par LORANCHET (*Gaz. hebd. de méd. Paris, n°* 7, *p.* 77, 1893).

La dose a été d'une cuillerée à bouche chaque jour dans un verre d'eau bouillie sucrée, à boire en quatre fois dans la journée ; cette dose a été réduite à deux cuillerées à café pour les enfants de six ans. Le

sublimé a été administré ainsi pendant toute la période de fièvre et même deux ou trois jours après la défervescence complète.

Vingt et un cas graves ou bénins ont été ainsi traités; il y a eu une mort. Tous les malades ont conservé la langue humide et rose; il n'y a pas eu de fuliginosités sur les dents; le météorisme abdominal a toujours été peu marqué. LEFLAIVE.

Experimentelle Untersuchungen über die Anwendung... (Sur l'emploi du salicylate de soude par le rectum dans le rhumatisme articulaire), par ERLANGER (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LI*, *p.* 303).

L'auteur recommande de donner en lavements le salicylate de soude, après avoir nettoyé l'intestin. Il donne 6 à 8 grammes de salicylate dans 100 grammes d'eau, additionnée de 1gr,50 de teinture d'opium, et le fait porter dans l'intestin par une sonde de 20 centimètres. Dans ces conditions, il se produit une absorption rectale suffisante pour produire une action thérapeutique. L'absorption du médicament est beaucoup plus hâtive que par l'estomac. C. LUZET.

I. — Zur Pathologie und Therapie der Cholera asiatica, par KLEBS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 43, *p.* 975, 1892).

II. — Ueber die Behandlung der Cholera mit dem Klebs'schen Anticholerin, par MANCHOT (*Ibidem*, *n°* 46, *p.* 1050, 1892).

I. — Tout organisme vivant sécrète des produits qui constituent pour lui des poisons, les *autotoxines :* tels l'urine, la bile, l'acide carbonique, pour les animaux et pour l'homme. D'autres sécrétions constituent au contraire des *allotoxines*, matières nuisibles à d'autres et fabriquées généralement dans des organes spéciaux : tel le venin des serpents.

Obéissant aux mêmes lois, le bacille tuberculeux et le bacille-virgule de Koch fabriquent des autotoxines à côté des allotoxines. C'est l'autotoxine du bacille tuberculeux que Klebs s'est efforcé d'isoler quand il a préparé la *tuberculocidine*, laquelle se distingue de la tuberculine de Koch, puisque cette dernière contient à la fois l'autotoxine et l'allotoxine du bacille.

D'après le même principe, Klebs a cru pouvoir isoler l'autotoxine du bacille-virgule. Son *anticholérine* serait cette autotoxine séparée de l'allotoxine du bacille; par conséquent, elle serait dangereuse pour le bacille et pour lui seul, tandis qu'elle demeurerait inoffensive pour l'organisme humain.

Ayant stérilisé, filtré et soumis à l'évaporation des cultures de bacille-virgule, Klebs a précipité les toxines à l'aide de l'alcool absolu. Conservait-il dès lors les substances bactéricides? Pour le savoir, il devait, avant d'expérimenter sur les animaux et sur l'homme, rechercher si, dans le liquide séparé du précipité (anticholérine), il possédait les éléments nécessaires pour troubler le développement des cultures du bacille-virgule.

Or, quelques gouttes d'une solution d'anticholérine rigoureusement neutre mêlées à la gélatine qu'on chauffait, puis qu'on laissait ensuite se coaguler, rendaient cette gélatine absolument impropre aux cultures de bacille-virgule.

La même substance mise en contact avec des cultures opulentes en arrêtait le développement et les faisait même disparaître d'une façon complète; les surfaces de l'agar ne présentaient plus, au bout de quelques jours, que de rares inégalités. Certaines surfaces ayant présenté de petits points bleus, on a trouvé là, seulement, des streptocoques; et des expériences ont prouvé que l'anticholérine n'était pas nuisible à plusieurs microorganismes : elle n'empêchait que le développement du bacille-virgule.

Mêmes résultats dans la gélatine où l'on voit disparaître les cultures de bacille cholérique.

L'anticholérine injectée à haute dose aux cobayes ne détermine pas d'accidents.

Injectée à l'homme sain (Klebs a expérimenté sur lui-même, puis sur le Dr Max Schneider) elle ne provoque pas autre chose que de la polyurie et un peu de frisson; elle ne détermine pas de fièvre.

Elle confère aux cobayes l'immunité à l'égard du choléra, car les animaux qui ont subi l'injection d'anticholérine supportent sans dommage les injections de cultures de bacilles cholériques dans la cavité abdominale.

Enfin les cobayes, à qui le choléra a été inoculé (injections de cultures virulentes dans l'intestin), peuvent être guéris par l'anticholérine, tandis que les animaux témoins succombent.

Bien que les expériences sur les animaux n'eussent pas été très nombreuses, Klebs se rendit à Hambourg et appliqua son procédé aux cholériques du service de Manchot. Les premiers résultats furent peu satisfaisants.

Klebs pense que, dans les cas graves, il faut d'abord faire la transfusion intra-veineuse, afin de gagner du temps et de permettre à l'anticholérine d'agir.

II. — L'anticholérine de Klebs est un liquide brunâtre, un peu épais, dont l'odeur rappelle les déjections des cholériques. Manchot l'a injectée dans les muscles de la fesse et de l'abdomen et dans le tissu conjonctif sous-cutané de la cuisse. Sur 31 cholériques graves traités par cette méthode, 21 sont morts : mortalité, 67,7 0/0. Il faut remarquer que les 21 cholériques décédés avaient subi, au cours du traitement, la transfusion intra-veineuse. Parmi les 10 qui ont guéri, 2 seulement avaient offert des symptômes assez graves pour être transfusés; les 8 autres n'avaient subi que les injections d'anticholérine.

Manchot compare à la série de ces 31 malades une autre série de 103 cholériques également graves, traités par les transfusions sans anticholérine et parmi lesquels 87 ont succombé. Dans cette série, la mortalité est donc de 84,5 0/0. Ce chiffre est plus élevé que l'autre.

Si l'anticholérine était bactéricide, on devrait constater la dégénérescence ou même la disparition des bacilles-virgules de l'intestin après les injections; or il n'en est rien. L'examen bactériologique du contenu de l'intestin dans les cas mortels n'a pas donné de résultats spéciaux. Les bacilles-virgules ont manqué 5 fois. Dans les autres cas, ils existaient plus ou moins nombreux et avec leur aspect habituel.

L'injection sous-cutanée d'anticholérine provoque une élévation de température de 2° en moyenne, fait disparaître la cyanose et stimule

l'urination. Il y a donc réaction, mais souvent cette réaction reste incomplète, ce qui nécessite la transfusion intra-veineuse. Les deux choses réunies peuvent faire monter la courbe de 3°.

Parfois il y a fièvre (39°), après un léger frisson, avec céphalalgie, mais l'accès ne dure que quelques heures.

Dans les cas favorables, la réparation semble accélérée lorsqu'on a employé l'anticholérine.

En outre, l'auteur a remarqué que ce médicament empêchait l'apparition de l'état fébrile qu'il a vu se manifester souvent du septième au onzième jour, et qu'accompagnait parfois l'érythème cholérique; une seule fois, les injections d'anticholérine ont été suivies de fièvre le treizième jour; encore le sujet était-il tuberculeux.

Les doses d'anticholérine injectées étaient de 6 à 7 centimètres cubes le premier jour; de 5 à 6 le second jour; de 3 le troisième jour; d'un ou 2, le quatrième jour. En moyenne, chaque malade ne recevait pas plus de 15 à 18 centimètres cubes. Chez un seul on en a injecté 30 : le sujet a succombé le septième jour avec une pneumonie du sommet droit; on trouva encore dans l'intestin des bacilles-virgules. L. GALLIARD.

I. — Zur Behandlung der Cholera, par KORACH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 46, *p.* 1052, 1892).

II. — Die Cholerabehandlung in Altona, par DU MESNIL (*Ibidem*, *n°* 46, *p.* 1033, 1892).

I. — Korach a observé, plus souvent en ville qu'à l'hôpital, des cas de choléra sec, cas remarquables par la rapidité de leur évolution, puisque l'algidité se manifestait au bout de deux heures, et absolument rebelles au traitement. Il rapproche cette forme de choléra de la scarlatine maligne foudroyante. Les résultats thérapeutiques n'étaient pas beaucoup meilleurs dans le choléra vulgaire éclatant sans diarrhée prémonitoire.

Dans l'épidémie de 1892 à Hambourg, on a compté, sur 17,967 cas, 7,605 décès; c'est une mortalité de 42 0/0. Dans les épidémies précédentes, le taux de la mortalité variait entre 46 et 66 0/0.

Korach a traité les cas graves par les analeptiques, les enveloppements chauds, les bains chauds, la sudation. Il considère la transfusion (intra-veineuse ou sous-cutanée) comme seule capable de sauver les cholériques désespérés. Dans les cas modérément graves, il a employé avec succès l'entéroklyse de Cantani et le calomel.

La créoline et le salol ont paru totalement inefficaces. L'opium a exaspéré les vomissements et a paru transformer quelques cas légers en cas graves; l'auteur l'a repoussé d'une facon absolue.

II. — A l'hôpital d'Altona, 401 cas de choléra, 157 guérisons; la mortalité a donc été de 60 0/0.

Au début, on a pratiqué la transfusion intra-veineuse à 19 malades qui succombèrent. L'hypodermoklyse a sauvé 69 malades sur 204, c'est-à-dire 33 0/0. L'entéroclyse de Cantani a réussi chez 101 (sur 210 cholériques traités par cette méthode); la proportion de guérisons est donc de 48 0/0. L. GAILLARD.

Goutte intestinale ; son étiologie et son traitement, par HAIG (*Therapeutic Gazette*, 15 *septembre* 1892).

La goutte intestinale est plus fréquente qu'on ne le croit, et on devrait regarder comme tels bien des cas de colique, d'entéralgie, d'entérite et de typhlite. Que l'on administre des médicaments comme le mercure, le plomb, le zinc et même la cocaïne à des prédisposés, il se formera des urates insolubles et il pourra se produire des crises intestinales. Haig cite son propre cas. Souffrant de quelque trouble intestinal, il prit du calomel. Il se développa de telles douleurs au niveau du cœcum que l'on crut à une typhlite. Ces accidents cédèrent immédiatement à quelques doses de salicylate de soude.

Dans des cas de coliques de plomb, il a obtenu pareillement des succès au moyen du salicylate de soude ; des succès également dans certains faits de pseudo-typhlite que rien n'arrivait à soulager.

Le salicylate de soude doit être employé à des doses de 0 gr. 90 à 1 gramme toutes les trois ou quatre heures. R. FAURE-MILLER.

Pipérazine dans le traitement des calculs rénaux, par STEWART (*Therapeutic Gazette*, 16 *janvier* 1893).

L'auteur revient sur ce dérivé de la houille, dont l'urate serait sept fois plus soluble que le sel correspondant de lithine. En conséquence, la pipérazine trouve son emploi dans les cas de gravelle et de calculs uratiques; et cela d'autant plus qu'il favorise la transformation de l'acide urique en urée. Stewart ne pense pas que cette substance augmente l'excrétion urinaire. R. FAURE-MILLER.

Diagnose und Therapie der Osteomalacie, par STERNBERG (*Zeitsch. für klin. Medicin*, *XXII*, *p.* 265, 313).

Le diagnostic précoce de l'ostéomalacie avec les maladies nerveuses, les affections articulaires et osseuses qui peuvent la simuler, est d'une grande importance. Le phosphore donné de bonne heure, à hautes doses avec patience et longtemps, constitue un véritable spécifique, comme le montrent sept observations étrangères et quatre observations personnelles de S. Pourtant chez les femmes jeunes, pouvant encore devenir enceintes, offrant déjà un rétrécissement marqué du bassin, on préférera le traitement par la castration. En cas de grossesse, la laparotomie et l'opération césarienne deviendraient, en effet, nécessaires.

A.-F. PLICQUE.

I. — Accidents et mort causés par les courants électriques de haute tension par BIRAUD (*Thèse de Lyon*, 1892).

II. — *Idem*, **par D'ARSONVAL** (*C. R. de la Soc. de biol.*, 21 *janvier* 1893).

I et II. — Le livre de Biraud renferme la description complète des accidents de fulguration constatés dans l'industrie électrique, des électrocutions exécutées en Amérique, et des expériences personnelles. L'électricité tue : 1° en produisant des lésions mécaniques des vaisseaux et du système nerveux; 2° en amenant une inhibition des grandes fonctions, respiration, circulation, etc. Le premier cas est celui de la foudre

et des décharges statiques disruptives. Le deuxième cas est celui de la fulguration industrielle. Ce dernier peut ne provoquer que la mort apparente. Une machine Ferranti donnant un courant de 2,500 volts et de 20 ampères ne tue pas sûrement un lapin. La respiration artificielle le ramène à la vie. Un foudroyé doit être traité comme un noyé. L'électrocution est un procédé mauvais d'exécution. DASTRE.

De la cocaïne contre l'éréthisme génital, par Howard WELLS (*Therapeutic Gazette*, 16 *mai* 1892).

La cocaïne, prise à l'intérieur, calme promptement l'éréthisme génital. Certains malades même, dont la muqueuse nasale ou pharyngienne sont soumises à des attouchements de solutions de cocaïne, présentent de la rétraction du pénis, du scrotum et un amoindrissement de la sensibilité du gland. Dans les émissions nocturnes dues à une irritation du prépuce ou du gland, l'usage externe de la cocaïne donne de très bons résultats. Les érections de la blennorragie cèdent également à une injection, le soir, d'une solution cocaïnisée. R. FAURE-MILLER.

D'un nouveau mode d'administration de la morphine, par R. CONDAMIN (*Lyon méd.*, 12 *mars* 1893).

C. propose d'injecter dans le rectum la dose de solution morphinée qu'on emploie par la voie hypodermique. Il y trouve les avantages d'un procédé très simple, facile pour tout le monde en se servant d'une canule coudée à bout olivaire, d'une absorption presqu'aussi rapide que par la peau, de la constance d'absorption par cette voie: enfin on évite les piqûres et les inconvénients ou dangers qui peuvent en résulter. L'auteur a utilisé ces injections rectales chez de nombreux malades cancéreux et a toujours obtenu le calme et le soulagement des douleurs. A. CARTAZ.

I. — Ataxie locomotrice guérie par les injections de suc testiculaire, par DEPOUX.

II. — Remarques à propos de ce cas, par BROWN-SÉQUARD.

III. — Emploi du liquide testiculaire pour augmenter la vigueur du fœtus dans le sein maternel, par KAHN et BROWN-SÉQUARD.

IV. — Emploi du liquide testiculaire par 1200 médecins. Amélioration du cancer, par BROWN-SÉQUARD et d'ARSONVAL (*C. R. de la Société de biologie*, 22 *et* 27 *octobre* 1892).

V. — Effets généraux des injections des liquides organiques, par E. ONIMUS.

VI. — Influence des injections de suc testiculaire sur le cerveau, par DEPOUX et BROWN-SÉQUARD (*Ibidem*, 5 *novembre* 1892).

I. — Affection spécifique antérieure. Diplopie: lourdeur de marche; diminution de sensibilité de la plante des pieds, puis douleurs fulgurantes, crises gastriques avec sensation de constriction. — Démarche caractéristique: nécessité de s'aider de la vue. — Réflexes rotuliens abolis.

En trois mois de traitement avec les injections de suc testiculaire, il y a guérison à peu près complète. Seul un resserrement pupillaire persiste et perte des réflexes rotuliens. — Second cas analogue.

II. — B. S. insiste sur ce qu'il s'agissait bien d'un cas typique, et sur les autres cas de guérison qu'il a présentés à la Société de biologie.

III. — Une femme ataxique, enceinte de six mois, en état de faiblesse, mouvements du fœtus affaiblis également, est amenée par les injections testiculaires à une délivrance normale d'un fœtus de poids exceptionnel.

IV. — B. S. et d'A. ont fourni de liquide testiculaire plus de douze cents médecins.

Ces injections n'ont causé aucun accident, à part quelques effets douloureux et quelques accès fébriles. — Dans 20 cas de cancer, sur 21, elles ont produit une amélioration notable et ont agi favorablement aussi dans d'autres affections (paralysie agitante, tuberculose, etc.)

V. — L'injection aqueuse serait plus efficace et moins douloureuse que l'injection glycérique.

Les liquides organiques correspondant aux organes lésés agissent comme stimulant général.

VI. — Une nonagénaire d'ailleurs bien portante retrouve l'intelligence et la mémoire à la suite du traitement.

Traitement mécanique de l'ataxie locomotrice, par Rubens HIRSCHBERG (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 *janvier* 1893).

Le but de cet article est de faire connaître en France la méthode de traitement compensatoire du tabes dorsalis telle que Frenkel (de Horn, Suisse) l'a imaginée. Pour Frenkel, l'ataxique peut être assimilé à un homme qui doit de nouveau apprendre à gouverner la coordination de ses contractions musculaires; le principe de cette méthode sera donc de faire exécuter au malade des mouvements plus ou moins compliqués, mais d'une façon raisonnée et avec le concours de la plus grande attention. Le malade doit surveiller attentivement la contraction de ses muscles et s'appliquer à corriger les irrégularités qui sont la conséquence de l'ataxie. Frenkel distingue trois catégories de mouvements : 1° Contractions musculaires simples ; 2° mouvements coordonnés simples; 3° mouvements coordonnés composés.

Hirschberg donne deux observations de malades ainsi traités et des conclusions qu'il base sur l'application de cette méthode à toute une série d'autres ataxiques soignés dans le même service. Les mouvements ataxiques des tabétiques peuvent être améliorés d'une façon très notable par cette méthode; il reste entendu que les autres symptômes cardinaux de l'ataxie n'en sont point influencés. R. FAURE-MILLER.

« Cerebrine » in the treatment of locomotor ataxia, par HAMMOND (*New York med. jour.*, *p.* 452, 22 *avril* 1893).

Le malade dont Hammond relate l'histoire, âgé de 40 ans, était atteint d'ataxie locomotrice depuis six ans. Il souffrait de douleurs fulgurantes, d'incoordination motrice, de difficultés pour évacuer le contenu du rectum et de la vessie, etc. Point d'antécédents syphilitiques.

Le traitement a été institué depuis dix semaines et a consisté exclusivement en une injection quotidienne d'un quart de centimètre cube de cérébrine.

L'amélioration est manifeste : le malade a recouvré ses facultés génitales, il vide sa vessie et son rectum sans incontinence, les douleurs ont disparu, la station verticale les yeux fermés, l'action de s'asseoir et de se lever sont

devenues faciles : les réflexes rotuliens n'ont point reparu. L'amélioration a été progressive et a commencé à la fin de la première semaine.

J. Collins a employé, dans des cas d'ataxie locomotrice, la cérébrine et a obtenu un égal succès. MAUBRAC.

HYGIÈNE

Le mouvement et les exercices physiques, par E. DUPUY (*Un vol. Paris*, 1893).

Cet ouvrage qui s'adresse au grand public, constitue une œuvre de vulgarisation intéressante en ce qu'il rassemble toutes les notions d'anatomie, de physiologie, de pathologie que les traités d'hygiène supposent connues du lecteur sans que cette supposition soit souvent justifiée. Le livre est divisé en trois parties : les os, les articulations, les muscles et le mouvement. Les notions ainsi acquises sont alors appliquées aux différents exercices : patinage, natation, gymnastique, équitation, vélocipédie, canotage, envisagés dans leurs rapports avec la santé et la maladie. DASTRE.

Rapport au ministre sur les opérations effectuées dans l'office vaccinogène central de l'État belge en 1891, par E. JANSSENS et L. STUBBE (*Mouvement hygiénique*, *VIII*, 273, *juillet* 1892).

En 1891, le nombre des veaux vaccinifères a été de 210.

Il a été récolté 580,543 doses de vaccin, obtenues de 19,581 pustules, lesquelles provenaient de 19,938 incisions.

Tout ce vaccin a été recueilli sous forme de pulpe, dont 181,818 doses sur plaques et 399,725 doses en fioles.

Il est parvenu 17,500 demandes de vaccin pour lesquelles il a été distribué 516,082 doses.

Les résultats ont été connus pour 132,153 vaccinations : les 70,791 faites pour la première fois n'ont été infructueuses que 422 fois, soit une proportion de succès de 90,40 0/0; quant aux 61,362 revaccinations, elles comprennent 23,339 insuccès, soit une proportion de succès de 61,96 0/0.

Il a été distribué 211,806 doses de vaccin de plus qu'en 1890. La dose nécessaire pour une personne est revenue à 4 centimes, soit 1 centime de moins qu'en 1890 (*R. S. M.*, XXXIX, 452). J. B.

Hygienische Grundsaetze beim Hospitalbau und die Berücksichtigung derselben in englischen Krankenhaeusern, par SCHUMBURG (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und oeff. Sanitw.*, 3e *série*, *III*, 375, *et IV*, 130 *et* 295, *avril*, *juillet et octobre* 1892).

Intéressant travail où Schumburg rappelle les principes d'hygiène qui doivent présider à l'édification et à l'aménagement des hôpitaux, en exposant ce qui a été fait à cet égard dans les soixante-trois établissements anglais qu'il a visités. J. B.

Statistique des hôpitaux allemands, par RATHS (*Med.-statist. Mittheil. aus dem k. Gesundheitsamte, I, et Hyg. Rundsch., II*, 692, 1er *août* 1892).

L'Allemagne possédait, en 1886, 1,777 hôpitaux publics et 520 établissements privés qui ont soigné 625,195 malades ; en 1887, 1,791 des premiers et 541 des seconds avec 640,410 malades ; en 1888, 1,803 des uns et 586 des autres avec 667,593 malades En moyenne, chaque lit a été occupé annuellement par 6 ou 7 malades. Tandis que Lippe n'a compté que 34 malades sur 1,000 habitants, Berlin en a compté 366 et Hambourg 495.

Le nombre des lits s'est accrû de 13,688 soit 14,6 0/0 dans les hôpitaux généraux, tandis que le chiffre des malades n'a augmenté que de 12,3 0/0. C'est à Hambourg et en Westphalie que le nombre des lits disponibles a le plus augmenté, tandis qu'il a diminué en Saxe-Cobourg-Gotha et Hohenzollern.

Sur 29,376 patients atteints de maladies de la période de développement, 8,260 (28 0/0) ont succombé ; plus des deux tiers de ces maladies concernaient des femmes. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les maladies infectieuses et générales, parmi lesquelles 630 varioles. Les 11,050 scarlatines ont fourni 1,001 décès (9 0/0) ; les 6,464 rougeoles, 389 (6 0/0) ; les 1,174 coqueluches, 151 (13 0/0) ; les 41,137 diphtéries, 10,011 décès (24,3 0/0) ; les 53,216 hommes atteints de tuberculose, 24,993 morts et les 22,895 femmes tuberculeuses 11,928 ; les 38,821 tumeurs malignes 10,273 décès. Il y a eu 15,690 érysipèles et 525 oreillons.

44,744 hommes et 40,954 femmes ont été soignés pour blennorragie ou pour syphilis ; 32,833 individus pour alcoolisme chronique, et 1,934 pour délirium tremens. J. B.

Enquête statistique sur l'hygiène urbaine dans les villes françaises, par BECHMANN (*Revue d'hyg. et police sanit. XIV*, 1062, *décembre* 1892).

L'enquête a embrassé 691 villes avec 12,213,137 habitants ; elle a porté sur le chiffre de la population, la superficie, la mortalité et la natalité annuelles, le nombre des puits et leur rôle dans l'alimentation publique, la distribution d'eaux potables (époque d'établissement, mode d'exploitation, nature, moyens d'amenée, filtrage, analyse, quantité par habitant, mode de délivrance, etc.), le mode de vidanges, les égouts et leur débouché. Tous ces renseignements sont consignés dans des tableaux synoptiques dans l'ordre alphabétique des départements. Voici, d'après Bechmann même, quelques-uns des résultats les plus saillants de cette si intéressante enquête :

Eaux potables. — 113 villes, comptant une population totale de 1,711,014 habitants, ne boivent que de l'eau de rivière. Leur mortalité moyenne est de 25,5 pour 1,000.

215 villes, comptant une population totale de 1,759,243 habitants ne boivent que de l'eau de la nappe souterraine. Leur mortalité moyenne est de 23 pour 1,000.

219 villes, comptant une population totale de 2,792,850 habitants, ne

boivent que de l'eau de source. Leur mortalité moyenne est de 25,4 pour 1,000.

144 villes, comptant une population totale de 5,950,020 habitants, ont une alimentation mixte. Leur mortalité moyenne est de 25 pour 1,000.

Dans cette dernière catégorie, figure Paris où le service public est fait en eau de rivière.

Le procédé de filtrage le plus répandu est l'emploi de galeries et de puits dans les graviers des berges des cours d'eau. Ce sont les eaux calcaires qui prédominent.

449 villes, comptant réunies près de 10,500,000 habitants, sont pourvues d'une distribution d'eau. 7 de ces distribu ions ont une origine antérieure à 1700 (La Rochelle, Riom, Carpentras, Falaise, La Flèche, Versailles et Marly) ; 8 ont été établies de 1700 à 1800 (Paris, Saint-Germain-en-Laye, Thonon, Amiens, Carcassonne, Mantes, Antibes et Salon) ; 38 de 1800 à 1850 ; 55 de 1850 à 1860 ; 94 de 1860 à 1870 ; 74 de 1870 à 1880 et 92 de 1880 à 1892. Le volume moyen d'eau distribué à chaque habitant est de 111 litres ; il varie assez peu avec la nature d'eau distribuée.

Egouts. — 448 villes, correspondant à une population de 10,622,292 habitants, possèdent des égouts. Ces chiffres concordent avec ceux relatifs aux distributions d'eau, ce qui est assez naturel. Le débouché de ces égouts a lieu, pour 337 villes (8,718,471 habitants), en rivière ; pour 40 (1,213,288 habitants) à la mer ; pour 17 (142,438 habitants) dans des ruisseaux ; pour 27 (301,086 habitants) dans des prairies ; enfin pour 27 autres il n'est pas indiqué.

Puisards. — 254 villes, comptant 5,030,920 habitants, ont encore des puisards.

Vidanges. — 294 villes, avec 6,918,229 habitants, ont seulement des fosses d'aisance fixes.

17 villes, avec 225,913 habitants, pratiquent l'écoulement à l'égout.

2 villes, avec 14,174 habitants, n'ont que des fosses mobiles.

261 villes, avec 4,318,680 habitants, pratiquent les trois systèmes à la fois. J. B.

Ueber den Nachweis weniger Cholerakeime... (Recherche d'un petit nombre de germes cholériques dans de grandes quantités d'eau potable), par ARENS (*Münch. med. Woch.*, *n°* 10, *p.* 190, 1893).

Si on alcalinise l'eau potable à examiner avec 0,05 à 0,08 0/0 de potasse à 10 0/0, et qu'on y ajoute 1 partie pour 9 de bouillon de pancréas, on créée un milieu tel que, sur trois échantillons, on arrive au moins une fois à provoquer la multiplication à la surface des vibrions cholériques, que l'on peut isoler ensuite au moyen de la culture sur plaques, si 5 centimètres cubes d'eau contenaient 2 germes cholériques. Quelquefois on obtient des résultats positifs s'il y a un germe cholérique pour 5 centimètres cubes, mais dans ce cas les résultats négatifs sont la règle.

C. LUZET.

Die Rieselfelder von Berlin und die Spüljauche unter besonderer Berücksichtigung ihrer chemischen Beschaffenheit, par Hans GRANDKE (*Berlin* 1892 *et Hyg. Rundsch., II*, 983, 15 *novembre* 1892).

Les terrains qui recoivent les eaux d'égout de Berlin affectent trois dispositions différentes. Les uns forment des plans inclinés qu'on arrose par submersion, les autres sont des carrés irrigués latéralement par les fossés qui les bordent de tous côtés ; enfin, l'hiver, on introduit les eaux, sur une hauteur de 50 centimètres, dans des bassins de retenue. Toutes ces terres sont drainées à l'exception de 50 hectares trop déclives. Les irrigations s'étendent sur une surface de 3,181 hectares et comprennent les eaux d'égout d'une population de 1,250,000 habitants, à raison de 103 litres par tête et par jour. Chaque mètre carré de terrain reçoit en moyenne journalière près de quatre litres d'eau d'égout, de sorte qu'un hectare correspond en moyenne à 370 habitants ; à Grossbeeren, où les irrigations sont le plus intensives, l'hectare correspond à 538 habitants.

A leur arrivée sur les champs d'irrigation, les eaux d'égout sont déjà débarrassées des matières fixes les plus grossières (sable, marc de café, papier, chiffons) ; elles constituent un liquide gris noirâtre tenant encore en suspension des matières qui colmataient désagréablement les terres. Dernièrement, on a installé en avant des vannes de distribution, des bassins dans lesquels ces matières après s'être déposées sont vendues comme boues, à raison de 1 fr. 87 le mètre cube.

Le mètre cube d'eau d'égout berlinoise renferme en moyenne 109 grammes d'azote, 74 grammes de potasse et 29^{gr},4 d'acide phosphorique. Eu égard à la composition des matières fécales, il y a trop de potasse et trop peu d'azote et d'acide phosphorique parce que ces deux derniers corps sont restés en partie dans les matières en suspension. Un hectare de terrain irrigué avec les eaux d'égout reçoit ainsi 21 fois plus d'azote qu'une terre labourée de même étendue, et 4 ou 5 fois plus que la même étendue en culture maraichère.

Grossbeeren a l'inconvénient de recevoir annuellement 2 millions de kilogrammes de chlorure de sodium fournis par la source salée des bains du Jardin de l'Amiral ; c'est 7 fois plus qu'il n'en faudrait. Ces eaux salées devraient être déversées directement dans la Sprée, car elles ont le triple effet fâcheux de nuire aux microbes nitrificateurs, de soustraire la chaux du sol sous forme de chlorure de calcium et d'accroître l'affinité du sol pour l'eau.

Dès la deuxième année, l'administration a renoncé aux cultures maraichères dont les produits se vendaient mal. Maintenant les légumes sont cultivés soit par des fermiers de la ville auxquels l'hectare est loué 250 francs par an, soit par les propriétaires voisins qui paient de 25 à 50 francs par hectare pour recevoir sur leurs terres les eaux d'égout. Les terrains gardés par la municipalité sont en prairie (le foin y vient mal et doit être coupé en vert comme engrais) ou plantés de céréales, de racines fourragères ou d'arbres fruitiers (surtout pommiers et poiriers) et d'autres essences. Les asperges réussissent très bien ; il en est de même de quelques plantes officinales comme la guimauve, le datura et le pyrèthre. Les essais pour cultiver le chanvre, le jute, la chicorée ont échoué ; les plantes oléagineuses fournissent un bon rendement. La

ville de Berlin y élève aussi du bétail et des poissons (dans des étangs alimentés par les eaux du drainage); 5 pour cent des eaux d'égout ont trouvé locataires. J. B.

Die Selbstreinigung der Flüsse... (L'assainissement spontané des cours d'eau, envisagé au point de vue de l'assainissement urbain), par J. UFFELMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 18, *p.* 423, 2 *mai* 1892).

Les facteurs auxquels on fait jouer un rôle dans l'assainissement spontané des cours d'eau sont :

1° La précipitation, plus ou moins rapide, au fond de l'eau, des substances organiques et minérales en suspension qui forment ainsi les vases et le limon;

2° La dilution opérée par l'eau propre des affluents et de la nappe souterraine ;

3° Les plantes aquatiques de toute espèce et les infusoires qui s'emparent de la matière organique;

4° Les microorganismes qui la décomposent et la transforment en combinaisons simples;

5° L'oxydation de la matière organique, résultant du mouvement incessant qui aère l'eau courante et la met sans cesse en contact avec de nouvelles quantités d'oxygène;

6° La lumière solaire qui favorise l'oxydation de cette matière organique et tue les microbes;

7° La formation et la précipitation de composés minéraux insolubles, tels que les sulfures métalliques et la précipitation des substances humiques par l'argile, le sulfate d'alumine et l'oxyde hydraté d'aluminium. Ce dernier n'intervient que dans des circonstances spéciales.

Relativement au rôle des plantes, Lœw (*Arch. f. Hyg.* XII) a essayé de démontrer que le rôle le plus important de l'épuration spontanée des cours d'eau appartient à certains organismes végétaux d'ordre inférieur, à savoir à l'*euglena viridis* et aux algues filamenteuses. Il a montré qu'elles peuvent absorber les substances organiques dissoutes. Mais il y a loin de là à admettre que ce soient les agents principaux de l'épuration spontanée de tous les cours d'eau. Les expériences d'Uffelmann sont là pour le prouver.

En expérimentant, *in vitro*, sur de l'eau de la Warnow additionnée d'euglena viridis, d'algues filamenteuses et de diatomées, Uffelmann n'a jamais observé qu'une diminution insignifiante de la matière organique oxydable, malgré la pullulation de ces algues. De plus, il est avéré que les algues filamenteuses vertes et la plupart des diatomées ne peuvent vivre que dans de l'eau peu souillée; leur action fera donc défaut là où elle serait le plus désirable.

Les organismes animaux ont aussi leur part dans l'épuration des eaux. Dans celles qui sont riches en substances organiques suspendues, on trouve des amibes, des infusoires carnivores, des anguillules, des rotateurs et des tardigrades; dans celles qui contiennent beaucoup de substance organique dissoute, des amibes, des flagellifères et des infusoires ciliés.

Les bactéries elles-mêmes ont un rôle, car une eau qui en renferme,

sans présenter ni algues ni infusoires, s'appauvrit progressivement en matière organique tandis qu'elle s'enrichit en nitrates. Si, au contraire, on garde de l'eau stérilisée à l'abri de tous germes, sa teneur en substances organiques et en ammoniaque ne varie pas.

Le mouvement de l'eau a aussi une importance considérable, car il fournit un apport incessant d'oxygène indispensable à la vie de la plupart des microorganismes aquatiques. Enfin, Duclaux a établi l'influence de la lumière solaire sur l'oxydation de la matière organique, et Raspe (*Thèse inaug.* Rostock, 1891) cette même action sur les microbes aquatiques. J. B.

Die Kieselguhrfilter als Hausfilter, par Th. WEYL (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 23, *p.* 555, *et n°* 26, *p.* 656, 6 *et* 27 *juin* 1892).

L'examen scientifique de la valeur d'un filtre à eau pour usages domestiques repose sur les points suivants; 1° la teneur en germes de l'eau filtrée; 2° la quantité d'eau filtrée sans germe aucun; 3° la régénération du filtre encrassé; 4° son mode de construction et 5° enfin son prix.

Il est indubitable qu'aucun des filtres domestiques ne donne aussi longtemps de l'eau privée de germes que le filtre à bougie, en terre d'infusoires calcinée, de Nordtmeyer et Berkefeld. Ceux qui s'en rapprochent le plus sont la bougie de Chamberland et peut-être aussi le filtre à micro-membrane de Breyer. Mais le filtre en terre d'infusoires fournit une plus grande quantité d'eau stérilisée qu'une bougie Chamberland de mêmes dimensions. En outre le filtre en terre d'infusoires est beaucoup plus facile à nettoyer; il suffit de le brosser, tandis que pour le filtre Chamberland il faut se servir d'acide chlorhydrique, ce qui diminue l'épaisseur de la couche filtrante.

Un filtre en terre d'infusoires qui a été nettoyé plusieurs fois a un débit moindre qu'un filtre neuf. La construction de ce filtre est des plus simples et le prix en est modéré. J. B.

Nouveau procédé d'épuration de l'eau, par Catherine SCHIPILOFF (*Revue médic. Suisse romande, XII*, 793, *décembre* 1892).

Le procédé est basé sur l'oxydation des matières organiques par les permanganates de potasse ou de soude. Ajouté à la dose de cinq ou six centigrammes par litre, le permanganate purifie complètement et instantanément l'eau stagnante de la mare la plus infecte. Au contact des matières organiques, il les oxyde et se décompose en donnant du bioxyde de manganèse, précipité brun noirâtre, et un peu de soude ou de potasse qui reste en dissolution en se combinant à l'acide carbonique de l'eau. Il faut toujours qu'il y ait un excès de réactif dans l'eau, ce qui est indiqué par la couleur rose pourpre du liquide.

Mais on ne pourrait boire impunément de l'eau additionnée de permanganate, il faut absolument éliminer ce sel. Pour cela, il suffit de lui fournir de nouveaux matériaux d'oxydation entre lesquels on a le choix, suivant les circonstances : Quand il s'agit de petites quantités d'eau, on les additionne d'un peu de sucre, de cognac ou de vin. L'eau devient alors brun jaunâtre, grâce au bioxyde de manganèse, corps absolument

inoffensif ; d'ailleurs, si on a du temps on peut laisser déposer l'eau ou la filtrer pour la rendre incolore.

Lorsqu'il faut épurer une plus grande quantité d'eau, on recourra soit au charbon animal, soit, plus économiquement, à la braise de boulanger pulvérisée très finement. Après un brassage de quelques minutes, l'eau se décolore et il suffit de la passer sur un morceau de toile double à tissu serré. Cette eau ainsi épurée ne contient qu'une quantité absolument négligeable de carbonate ou de bicarbonate de potasse ou de soude. Catherine Schipiloff s'est assurée qu'elle est absolument stérilisée et ne renferme plus aucune matière organique en solution. Elle a préparé des solutions très concentrées de curare, de strychnine, de vératrine et de morphine; après traitement par le permanganate, l'eau qui les contenait ne présentait plus aucune trace de toxicité. Pour cette épuration par le permanganate, il ne faut pas se servir de vases métalliques. La même quantité de charbon ou de braise peut servir très longtemps. En résumé, ce procédé est sûr, rapide et ne coûte presque rien. Avec un kilogramme de permanganate (qui coûtent de 0 fr. 60 à 1 franc) on peut épurer 20,000 litres d'eau stagnante et de 50,000 à 100,000 litres d'eau de rivière. J. B.

Eingabe an den Kanzler des Deutschen Reiches betref. Untersuchungen ueber die Selbstreinigung der Flüsse... (*Deutsche Viertelf. oeffentl. Gesund. XXIV*, 471).

La Société allemande d'hygiène publique avait réclamé (*R. S. M.*, XL, 503) des enquêtes sur l'assainissement spontané des cours d'eau portant sur chaque rivière polluée par des eaux d'égout.

L'Office sanitaire de l'Empire a donné un préavis défavorable basé sur les considérations suivantes : La manière dont les cours d'eau se débarrassent des impuretés qu'on y déverse est très variable; elle dépend de la nature et de la quantité de ces impuretés, du mouvement de l'eau, de la marée ou de l'action des vents sur la surface des lacs.

Les algues inférieures et d'autres plantes aquatiques, ainsi que diverses espèces de microbes, jouent un rôle important dans cette épuration spontanée, et l'influence de ces facteurs essentiels dépend à son tour de la nature du sol, de la profondeur, de la composition, du mouvement et de la température de l'eau. Il en résulte que l'assainissement spontané d'un cours d'eau peut tenir à des causes différentes sur divers points de son trajet, qu'il faudrait donc des enquêtes extrêmement nombreuses et dont les résultats n'auraient qu'une valeur temporaire, parce que les conditions de l'épuration spontanée des cours d'eau se modifient avec les conditions économiques. J. B.

Valeur des substances gazeuses employées pour la désinfection, par **G. SANARELLI** (*Archives italiennes de biologie, XVIII, p.* 476, *et Giornale della R. Societa d'igiène, XIII*, 11-12).

Les désinfections au moyen de l'acide sulfureux n'offrent aucune garantie : elles n'agissent que sur le diplococcus pneumoniæ et les formes végétatives du charbon.

Les désinfections au moyen du chlore fournissent des résultats encore

moins encourageants. Ce gaz est inefficace contre les douze espèces de microbes étudiées par l'auteur.

L'acide hypoazotique est le plus énergique, sans être pour cela un bon agent désinfecteur : son efficacité est inconstante, son pouvoir de pénétration est faible, et son action sur les germes desséchés peu certaine. DASTRE.

Versuche ueber die Bedeutung der Spannung und Stroemungsgeschwindigkeit des Dampfes bei Desinfektion in Dampfapparaten (Rôle de la tension et de la vitesse du courant de vapeur dans la désinfection par les étuves), par V. BUDDE (*Ugeskrift for Laeger, XXV, et Hyg. Rundsch., II*, 723, 15 *août* 1892).

Expériences faites avec une étuve de Reck permettant une surpression d'une atmosphère.

La vapeur sous tension ne réalise pas plus sûrement la désinfection que la vapeur à la pression normale, mais son action est plus rapide et elle exige moins de charbon. Aussi y a-t-il lieu d'y recourir dans les établissements où l'on dispose d'un matériel et d'un personnel appropriés. En revanche, dans les conditions inverses, comme l'économie de temps et de charbon ne contrebalance pas l'excédent de dépenses occasionnées par l'achat d'un matériel coûteux, il est inutile d'y recourir, et l'on peut alors se servir d'appareils plus simples et moins dangereux. J. B.

Bacteriologische Untersuchung der im Kochzustande befindlichen Faecalien, par Paul GUTTMANN (*Berlin. klin. Wochens., n°* 38, *p.* 954, 19 *septembre* 1892).

Il résulte des expériences de Guttmann, qu'une ébullition de 1 ou 2 minutes suffit pour stériliser complètement les matières fécales et que l'addition de 1/2 litre d'une solution de permanganate de potasse à 5 0/0 supprime toutes les odeurs nauséabondes résultant de l'ébullition de 7 litres de matières fécales liquides. J. B.

Zur Kenntniss entgiftender Vorgaenge im Erdboden (Expériences sur le pouvoir désinfectant du sol), par F. FALK et R. OTTO (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und oeffentl. Sanitaetswesen*, 3e *série, III*, 269, *et IV*, 165).

Continuation des expériences résumées dans la *R. S. M.*, XI, 516, et XXXIX, 540.

Dans un sol sableux, vierge, les couches superficielles (20 à 30 centimètres de profondeur), sont très riches en germes qui liquéfient rapidement la gélatine et consistent principalement en coques et en bacilles très petits ; dans les couches profondes (170 centimètres) du même sol, le chiffre des germes est tout à fait insignifiant, car au bout de 10 jours on n'aperçoit sur la gélatine qu'une dizaine de petits points blancs arrondis, correspondant à des coques.

Pour le pouvoir désinfectant du sol (expériences dans la strychnine), il est secondaire qu'il y ait beaucoup de microorganismes comme dans les couches superficielles, ou au contraire très peu, comme dans les couches profondes du sol.

L'humus a un pouvoir toxicide beaucoup plus marqué que le sable

(expériences avec solutions au dixième de strychnine et de nicotine). La même différence existe entre les deux sols, pour ce qui concerne la désinfection des bacilles tétaniques.

27 centimètres cubes d'humus (disposés sur une couche de 4 centimètres de haut) suffisent pour capter 0 gr 35 de sulfate de strychnine, tandis que pour neutraliser la même quantité de cet alcaloïde, il faut plus du double de sable (disposé sur une épaisseur de 10 centimètres).

Au début, au moins, ce n'est ni par les microrganismes, ni par oxydation, ni par réduction, mais bien par son pouvoir absorbant que le sol détruit les poisons. J. B.

Des conditions d'inhumation dans les cimetières. Réforme du décret de prairial, par P. BROUARDEL et O. DU MESNIL (*Annales d'hyg. publ.*, 3e *série*, *XXVIII*, *p.* 27).

Il y aurait intérêt à modifier le décret du 23 prairial an XII sur les sépultures, à en éliminer quelques prescriptions surannées, telles que l'orientation des cimetières vers le nord qui n'a aucun intérêt et qui est parfois une source de difficultés considérables dans certaines communes.

Il serait utile, dans les communes rurales, de diminuer les dépenses de clôture (le décret exige des murs de 2 mètres au moins). Il y aurait grand intérêt à éloigner les cimetières de 200 mètres au moins (au lieu de 50 mètres) des habitations agglomérées, et de drainer préalablement le sol, pour préserver de toute souillure les eaux destinées à la boisson et assurer la destruction rapide des corps confiés à la terre.

Non seulement on réaliserait ainsi une amélioration notable en hygiène, mais grâce à l'application de ces prescriptions, il serait possible de réduire la durée des concessions temporaires qui, actuellement, est de cinq années, ainsi que celle de l'immobilisation des terrains des anciens cimetières. J. B.

Ueber Verfälschung der Nahrungsmittel in England, par O. HEHNER (*Chem. Ztg.*, *XVI*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 675, 1er *août* 1892).

Depuis la loi de 1874 sur le commerce des denrées alimentaires, la nomination d'inspecteurs et de chimistes chargés de l'examen et de l'analyse des aliments est devenue obligatoire en Angletrere. Les premiers résultats de cette nouvelle institution, publiés en 1877, montrèrent que 19,2 0/0 des échantillons examinés étaient falsifiés. Cette proportion s'abaissa successivement : à 16,2 0/0 de 1877 à 1881, à 13,9 de 1882 à 1886, à 11,2 en 1890. Les analyses ont porté, tant en Angleterre que dans le pays de Galles, sur 19600 échantillons en 1882, 23600 en 1886 et 27500 en 1890 ; mais leur nombre est très variable suivant les régions.

Le lait est surtout l'objet d'adultérations fréquentes, ainsi que le café, vendu le plus souvent moulu : sur 13250 échantillons de café, 2218 contenaient de la chicorée.

La farine, le pain, le sucre, le thé sont rarement sophistiqués. Les spiritueux sont surtout additionnés d'eau commme le lait.

En somme, Hehner est d'avis que toutes ces falsifications nuisent plus à la bourse qu'à la santé des consommateurs. J. B.

Untersuchungen der Nahrungsmittel im Hamburg (*Rev. intern. des falsif., V et Hyg. Rundsch., II*, 425, 15 *mai* 1892).

A Hambourg, les falsifications alimentaires paraissent être des plus communes. Du commencement de 1889 au 15 mars 1891, sur les 963 échantillons de beurre examinés, 349 ont été déclarés mauvais, dont 206 étaient mélangés avec des graisses et 143 n'étaient que de la margarine. Il y a eu 185 condamnations par les tribunaux, 9 acquittements, et 155 procès sont encore pendants. 4 employés sont chargés du service d'inspection des beurres.

Sur 44 échantillons de lait, 25 ont été reconnus mauvais dont les 2/3 pour mouillage et 1/3 pour écrémage. En face de cet état de choses, le Sénat s'est décidé à augmenter notablement le nombre des fonctionnaires chargés du contrôle des denrées alimentaires et à instituer une inspection soigneuse du lait.

Sur 27 échantillons de café, 17 ont été reconnus falsifiés, tous par addition de grains artificiels, dans des proportions variant de 11 à 63 0/0.

J. B.

Extrait du rapport des analyses des denrées alimentaires dans le canton de Saint-Gall pendant l'année 1890, par G. AMBUEHL (*Rev. intern. des falsifications, V, et Hyg. Rundsch., II*, 339).

1° *Vins.* — On n'a observé qu'exceptionnellement des falsifications dangereuses pour la santé. La vente d'un vin importé d'Algérie a été prohibée parce qu'il était très plâtré, avait une couleur jaune brune, au lieu de rouge et un goût soufré.

2° *Pompes à bière.* — La commission de salubrité a interdit l'emploi de tous les appareils à pression actionnés par l'air atmosphérique ; un répit de 2 ans est accordé aux débitants qui possèdent de ces appareils. La commission recommande l'usage d'appareils mus par l'acide carbonique comprimé et desquels la bière s'écoule par des siphons étamés au lieu de tuyaux de caoutchouc (*R. S. M.*, XXV, 152.)

3° *Café.* — Pour la première fois est signalée l'introduction de café en grain artificiel (venant de Genève); mêlés à de véritable café, ces grains factices sont impossibles à reconnaître par l'acheteur. A titre de succédané du café, le plus rationnel paraît être à Ambuehl le café de malt.

Un échantillon d'extrait de café était adultéré par addition de poudre de charbon.

4° *Vases alimentaires.* — Dans une famille, sont survenus fréquemment des accidents à la suite d'ingestion de café préparé dans un appareil d'origine wurtembergeoise en cuivre poli étamé intérieurement. L'analyse a montré que l'étamage renfermait 37 0/0 de plomb qui avait passé en partie dans l'infusion de café (*R. S. M.*, XL, 135.) J. B.

Sur les altérations du lait concentré, par P.-A. CASSEDEBAT (*Revue d'hyg. et police sanit., XIV*, 749).

Dans les boîtes de lait concentré mal conservé, parfois il y a bombage

vers l'extérieur des surfaces planes, peu de fixité du couvercle ou issue de gouttes de liquide mêlé de gaz, au moment de la perforation du récipient. Malgré l'absence de ces particularités, le contenu avarié forme toujours une pâte compacte ayant la consistance du fromage de Brie; cette pâte, peu homogène, est élastique, cassante, et teinte en jaune avec la saveur et l'odeur du beurre légèrement rance. Dans quelques boîtes, la substance, moins odorante et d'un jaune terne, avait subi un mouvement de retrait, ne remplissait plus complètement le récipient et avait sécrété un peu d'eau réunie dans de petites vacuoles à sa surface. Quand l'odeur caséeuse faisait défaut, pour la voir apparaître, il suffisait de diluer la masse dans de l'eau. Il faut un temps considérable pour délayer dans l'eau le lait concentré avarié et il reste toujours un certain nombre de grumeaux gros comme des grains de blé qui échappent à la dissolution.

Des cultures en milieux variés n'ont fourni d'autres microorganismes que des mucédinées où dominait l'aspergillus niger. L'examen microscopique a donné les mêmes résultats et les inoculations aux animaux sont restées négatives.

De diverses expériences, Cassedebat tire les conclusions suivantes. Les microbes ne peuvent végéter dans le lait concentré, à moins d'y mêler un volume d'eau relativement considérable, et, dans ce cas, la contamination reste très localisée. Si la matière est dure, les microbes de l'eau ne sont pas attaqués, tandis qu'ils sont anéantis si elle reste molle. L'humidité et une basse température sont nécessaires pour le développement des mucédinées.

Le lait concentré altéré est donc un produit inoffensif, plus ou moins désagréable au goût et privé d'une grande partie de ses éléments nutritifs, puisque le dixième environ de chaque boîte échappait au délayement et que la matière insoluble était très probablement formée par les substances azotées.

Considérant d'une part, les propriétés bactéricides du lait concentré et de l'autre, ce fait qu'une boîte entamée peut rester exposée à l'air, une dizaine de jours sans altération, Cassedebat pense qu'il serait avantageux de simplifier la fabrication, tout en abaissant le prix de revient et en diminuant les chances de contamination.

D'après ses observations et ses expériences, l'altération, qui se produit très lentement, est le résultat à la fois de l'évaporation des liquides et de la pénétration des mucédinées par des ouvertures accidentelles. On préviendrait facilement cette double cause d'altération en substituant un bocal en verre à la boîte métallique et en pratiquant l'oblitération non avec un couvercle soudé à l'étain, mais avec un bouchon de liège stérilisé et luté à l'extérieur au moyen d'un enduit imperméable à l'air et à l'humidité. Enfin, l'ébullition, après la mise en boîte, est inutile à cause des propriétés bactéricides du lait concentré. J. B.

Prüfung der Milch auf elektrischem Wege durch Messung des Leitungswiderstandes, par Wilh. THŒRNER (*Chem. Ztg.*, *XV*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 337, 15 *avril* 1892).

Partant de ce triple fait que le lait pur privé de sa graisse, autrement

dit le sérum du lait, est relativement bon conducteur de l'électricité, tandis que la graisse du beurre est un très mauvais conducteur et que l'eau est plus ou moins mauvaise conductrice suivant sa composition chimique, Thœrner a voulu voir, si, en mesurant le degré de résistance offert par le lait au passage des courants, on en pourrait tirer quelques déductions sur sa teneur en matières grasses et en eau.

Ses expériences lui ont montré d'abord que la résistance électrique du lait est absolument indépendante de sa teneur en graisse, tant que son degré d'acidité n'augmente pas notablement. Il en ressort qu'un corps très mauvais conducteur d'électricité, tel que la graisse ou le beurre, suspendu dans un milieu assez bon conducteur reste, dans certaines limites du moins, sans influence aucune sur le pouvoir de conductibilité de ce milieu. Donc, contrairement aux observations de Dohrmann (*Viertelj. d. Fortschr. d. Chem. d. Nahrungs- und Genussmittel*, 1891) il n'est pas possible, par mensuration de la résistance électrique du lait, d'en tirer des conclusions sur sa richesse en graisse.

D'autre part, les expériences de Thœrner prouvent que la résistance offerte par le lait au passage des courants croît proportionnellement à la quantité d'eau qui y a été ajoutée et au degré de pureté de cette eau, en sorte que tout lait offrant une résistance supérieure à 220 Ohms peut être regardé comme certainement mouillé. Malheureusement, il est impossible d'apprécier de cette façon le degré de mouillage, parce que la résistance électrique du lait commercial oscille déjà de 20 Ohms et que, d'autre part, la composition de l'eau qui a servi au mouillage exerce une influence extraordinaire sur la résistance au passage des courants électriques. J. B.

Sur la stérilisation du lait, par L. NENCKI et J. ZAWADZKI (*Arch. des sc. biol. de l'Inst. imp. de méd. expér. de Saint-Pétersbourg*, *I*, *p.* 371, 1892).

2 chauffages à 70° C. pendant 30 minutes chaque fois suffisent à détruire tous les microbes pathogènes et presque tous les microbes contenus dans le lait, à très peu d'exceptions près. De plus à cette température, le lait conserve son goût et son odeur; le sucre de lait, les corps gras et les matières albuminoïdes ne sont pas décomposés.

Les auteurs ont donc construit un appareil stérilisateur du lait répondant à ces indications. Ils ont imaginé un appareil pour la stérilisation individuelle et un autre pour la stérilisation domestique à domicile; ils en donnent la description et les plans. Dans ces appareils d'ailleurs fort commodes et fort simples la stérilisation se fait au moyen de la vapeur d'eau; on peut régler la température qui ne varie guère de plus d'un degré en une demi-heure.

Le lait doit être recueilli avec les soins les plus minutieux : on trait les vaches dans des salles spéciales d'une propreté rigoureuse; l'opération est faite par des personnes indemnes de toute maladie et dont les mains doivent être préalablement lavées dans des solutions antiseptiques. Les trayons doivent également être très minutieusement lavés. Le lait recueilli dans des récipients préalablement stérilisés, est immédiatement réparti dans des bouteilles d'une contenance de 1/8 de litre à un litre, également stérilisées, puis on procède le plus rapidement possible à la stérilisation de ce lait.

Pour l'alimentation des enfants, Nencki et Zawadzki font, avant la stérilisation, les coupages, suivant les échelles d'Escherich, et ajoutent au lait de vache 4 0/0 de sucre de lait (Escherich). Ces mélanges répartis en bouteilles de contenance variée suivant la quantité à donner à chaque âge sont ensuite stérilisés. Cette méthode évite les impuretés introduites dans le lait par l'eau et par les manipulations du coupage. MOSNY.

Bakteriengehalt... von sterilisirte Nahrung... (Contenu bactériologique des aliments stérilisés), par LANGERMANN (*Jahrbuch für Kinderheilk., XXXV, p.* 88-123).

Ce n'est pas par l'air, c'est par les vases récepteurs que s'infecte le lait stérilisé. A condition de le conserver dans le vase où il a bouilli, la simple ébullition du lait donne des résultats analogues à ceux de Soxhlet. Le nombre de germes dans le contenu de l'estomac n'est guère moins abondant dans l'allaitement par le sein maternel, la nourriture par le lait stérilisé, que dans la nourriture par le lait simplement bouilli. Il dépend surtout de l'état des fonctions digestives et de l'acide chlorhydrique normal. Donné artificiellement, l'acide chlorhydrique n'agit comme antifermentescible qu'à doses élevées. Ces doses doivent être plus fortes encore dans l'alimentation par le lait de vache, qui forme beaucoup d'acide, que dans l'allaitement au sein. A.-F. PLICQUE.

I. — Deutsches Reichsgesetz betreffend den Verkehr mit Wein...

II. — Bekanntmachung, betreffend die Ausführung des Gesetzes... (*Deutsche Viertelj. f. oeffentl. Gesund., XXIV, p.* 506 *et* 508).

La loi allemande du 20 avril 1892 sur le commerce des vins peut être résumée ainsi :

Il est interdit d'ajouter au vin, ainsi qu'aux boissons qui contiennent du vin, soit au moment de leur fabrication, soit ultérieurement, ni sels d'aluminium solubles (tels qu'alun), ni composés de baryum, ni acide borique, ni glycérine, ni graines de kermès (graines d'écarlate), ni composés de magnésium, ni acide salicylique, ni composés de strontium, ni couleurs de goudron, ni alcool ou sucre de fécule impurs; il est également interdit d'y ajouter un mélange contenant l'une ou l'autre de ces substances.

De même est prohibée la mise en vente du vin rouge renfermant par litre une proportion d'acide sulfurique supérieure à celle qui se trouve dans 2 grammes de sulfate neutre de potasse. Toutefois cette prohibition ne concerne pas les vins doux, de dessert, de provenance étrangère.

Ne sont pas considérées comme falsifications ou contrefaçons du vin, au sens de la loi du 14 mai 1879, les manipulations suivantes : 1° la bonification et la conservation du vin, même par addition d'alcool ou de petites quantités d'agents mécaniques de clarification (albumine, gélatine, ichthyocolle, etc.), de sel de cuisine, de tannin, d'acide carbonique, d'acide sulfureux, non plus que la présence d'acide sulfurique provenant de celui-ci. Néanmoins la quantité d'alcool ajoutée ne doit pas dépasser 1 volume pour 100 dans les vins vendus comme allemands; 2° les coupages de vins entre eux; 3° la neutralisation de leur acidité à l'aide de carbonate

de chaux précipité à l'état de pureté; 4° l'addition de sucre de canne ou de betteraves, de sucre interverti ou de sucre de fécule techniquement purs, ou de leurs solutions aqueuses, à la condition cependant que la teneur du vin en matières extractives et minérales ne descende pas au-dessous de celle d'un vin du même vignoble, non additionné de sucre.

Sont, en revanche, considérés comme falsifications du vin, les modes de préparation suivants : 1° infusion d'eau sucrée et de raisins pressés totalement ou partiellement; 2° infusion d'eau sucrée et de lie de vin; 3° emploi de raisins secs, de saccharine ou autres substances sucrées; 4° emploi de corps acides ou de bouquets artificiels; 5° emploi de gomme ou d'autres substances qui élèvent la teneur du vin en extrait. Les boissons fabriquées par l'un de ces procédés, ainsi que leurs mélanges avec du vin, ne doivent être mises en vente que sous une désignation faisant reconnaître leur nature ou sous une dénomination autre que celle de vin (par exemple, vin de marc, de lie, de raisins secs, vin artificiel). La seule addition de raisins secs à du moût ou à du vin n'est pas regardée comme une falsification, lorsqu'il s'agit de vins de dessert doux, de provenance étrangère.

Les dispositions relatives aux falsifications ne s'appliquent pas aux vins mousseux.

L'emploi de saccharine et de substances similaires dans la préparation du vin mousseux, du cidre et des vins de fruits, est considéré comme une falsification.

Les infractions à cette loi sont passibles d'emprisonnement jusqu'à six mois et d'amende jusqu'à 1,500 marcs ou de l'une de ces deux peines seulement.

Le Conseil fédéral a fixé les minima suivants pour les vins indigènes additionnés d'une solution sucrée. Par 100 centimètres cubes de vin, la teneur totale en matières extractives ne doit pas être inférieure à $1^{gr},5$; la teneur en extrait après déduction des acides non volatils ne doit pas être moindre de $1^{gr},1$; celle après déduction des acides libres ne doit pas être inférieure à 1 gramme; enfin la teneur en éléments minéraux ne doit pas être moindre de $0^{gr},14$. J. B.

Le déplâtrage des vins, par M.-A. GASSEND (*Revue intern. des falsif., V, et Hyg. Rundsch., II, p.* 496).

Parmi tous les agents qui ont été proposés pour déplâtrer le vin, Gassend préfère le tartrate de strontiane. Le reproche qui lui est fait de contenir souvent de la baryte est de peu de valeur, d'abord parce qu'on peut se procurer du tartrate de strontium chimiquement pur, ensuite parce qu'une petite quantité de baryte dans le vin ne peut être nuisible, vu l'insolubilité du sulfate de baryte.

Un agent de déplâtrage est d'ailleurs indispensable, puisque la loi n'autorise la vente que des vins renfermant au plus 2 grammes de sulfate de potasse par litre et que d'autre part, soit par erreur, soit en raison de leur nature, beaucoup de vins sont plâtrés en excès.

Gassend s'est assuré que dans le vin, titrant de 10 à 12 0/0 d'alcool, le sulfate de strontiane est entièrement précipité. Pour ne pas modifier

l'acidité du vin, il suffit d'ajouter simultanément un peu d'acide tartrique. J. B.

I. — Rapport sur l'addition de protochlorure d'étain au pain d'épice, par G. POUCHET (*Annales d'hyg. publiq.*, 3e *série*, *XXVIII*, 226, *septembre* 1892).

II. — Rapport sur l'emploi du chlorure d'étain dans le pain d'épice, par A. RICHE (*Ibidem*, *p.* 229).

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France et le Conseil de salubrité de la Seine ont eu à s'occuper d'une nouvelle falsification alimentaire, consistant dans l'emploi de protochlorure d'étain pour fabriquer du pain d'épice à bon marché. Cette falsification, d'origine belge, est signalée depuis un an à Lille où elle s'est étendue. L'addition de ce sel à une pâte de farine de seigle ou de blé de mauvaise qualité et de mélasse, donne au pain d'épice l'apparence et le grain de celui qui est préparé avec la bonne farine et le miel, tandis que, sans cette adjonction, il a l'aspect d'une masse compacte et non poreuse. Même d'après Pouchet, le pain d'épice additionné de chlorure d'étain présente à l'œil un grain plus fin, plus régulier et une apparence plus flatteuse que le pain d'épice de bonne qualité.

La proportion de protochlorure employée varie de 500 grammes à 5 kilogrammes pour 100 kilogrammes de farine, rendant 200 kilogrammes de pain d'épice.

Un morceau de pain d'épice de 10 centimes pèse environ 200 grammes et peut renfermer de 1 à 2 grammes de protochlorure d'étain, d'après les analyses effectuées au laboratoire du Comité consultatif, sur des pains d'épice provenant des fabriques de Lille.

Orfila a démontré que l'intoxication par le protochlorure d'étain ingéré par la voie stomacale, offrait une étroite analogie avec l'empoisonnement par le sublimé. Riche conclut de ses expériences que le chlorure d'étain étant toujours accompagné d'acide chlorhydrique, il est impossible de mesurer exactement la part qui, dans le mélange de ces 2 corps, revient à l'un et à l'autre. Toutefois, tandis que l'acide chlorhydrique agit à peu près exclusivement sur l'appareil digestif, le chlorure d'étain exerce une action spéciale sur l'économie, qui se traduit par une congestion des divers organes, des poumons notamment. J. B.

Sur deux points de la prophylaxie de la tuberculose à l'hôpital, par L. BARD (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XIV*, 34, *janvier* 1892).

1° *Désinfection des crachoirs.* — Bard a fait installer à l'hôpital Saint-Pothin (Lyon), en juin 1889, un appareil pour la désinfection des crachoirs par l'eau bouillante, qui lui paraît préférable, par sa simplicité et sa commodité, aux divers appareils en usage à Necker et à Lariboisière. L'appareil de Bard se compose d'un réservoir en tôle où s'opère la désinfection et de paniers en fil de fer galvanisé qui servent à recueillir les crachoirs aux lits des malades, à les apporter au réservoir, à les y plonger avec eux et à les en sortir sans avoir été déplacés. Chacun de ces paniers contient 16 crachoirs superposés par 4. Le réservoir se vide par le fond au moyen d'une soupape de baignoire; il reçoit par le haut une prise d'eau et une prise de vapeur. Le tuyau de vapeur plonge au

fond du récipient, le long des parois, et débouche vers le milieu de la paroi inférieure. Un couvercle à main modère les buées. Le tout a été installé dans un cabinet d'aisances désaffecté et pourvu d'un évier avec prise d'eau froide servant à terminer le lavage des crachoirs désinfectés à leur sortie du réservoir de tôle. La prise de vapeur, largement ouverte, permet d'amener à l'ébullition l'eau du réservoir en 8 ou 10 minutes; on modère ensuite son arrivée de façon à maintenir l'ébullition pendant tout le temps nécessaire, qu'on prolonge d'autant plus que l'appareil n'ayant alors besoin d'aucune surveillance, l'infirmier peut se livrer à une autre besogne. L'expérience a montré à Bard l'inutilité d'ajouter du carbonate de soude. L'installation entière, calculée pour 32 crachoirs, a coûté 364 francs, y compris toute la tuyauterie d'arrivée et de départ. (*R. S. M.*, XXXII, 501.)

2° *Suppression du balayage.* — C'est une mesure prophylactique au moins aussi indispensable que la désinfection des crachoirs, car le balayage des salles déplace plus de poussières qu'il n'en entraîne ; il les met en suspension dans l'atmosphère. Le seul moyen de supprimer le balayage est d'avoir des planchers imperméables et étanches, permettant de temps en temps des lavages à grande eau pure ou chargée d'antiseptiques, et surtout la substitution de linges humides au balai pour les nettoyages quotidiens. D'autre part, Bard a fait imperméabiliser le parquet de chêne à l'aide de paraffine qu'on peut étendre à chaud ou à froid après dissolution dans le pétrole. J. B.

La phtisie des faïenciers, par Gustave PATÉ. (*Thèse de Paris et Annales d'hyg. publ.*, 3e *série*, *XXVII*, *p.* 409, *mai* 1892).

Observations faites à la faïencerie de Montereau. Les éléments constituants de la pâte à faïence sont le kaolin, l'argile et le silex broyé ; le tout coloré par un peu d'oxyde de cobalt. Cette composition ne diffère de celle de la pâte à porcelaine que par la moins grande proportion de kaolin.

Les conditions hygiéniques des ouvriers de Montereau, en dehors de l'atelier, sont des plus satisfaisantes.

Le principal danger de leur travail consiste dans l'action des poussières auxquelles sont surtout exposés les *ébaucheurs* et encore plus les *mouleurs* et les *tourneurs*. Quant aux *épousseteuses*, leur tâche est si pénible, que ces femmes ne restent guère plus de deux ans à la fabrique.

Une cause adjuvante d'insalubrité tient à la haute température à laquelle travaillent les tourneurs et les mouleurs. Les températures les plus élevées sont celles que supportent les *défourneurs*. Ils peuvent être exposés à de brusques différences de température pouvant atteindre 50 degrés. Grâce à cette température et malgré l'humidité qui règne dans ces ateliers, largement aérés, des nuages de poussières voltigent partout, surtout depuis l'introduction des tours à vapeur qui causent une trépidation continuelle.

De 1889 à 1891 la faïencerie de Montereau a occupé en moyenne 270 ouvriers sur lesquels 112 sont exposés aux poussières. Dans ces trois années, la mortalité totale a varié de 10 à 13 ; 8 ou 9 de ces décès annuels concernent les 112 ouvriers exposés.

Les alcooliques semblent jouir d'une immunité presque absolue et les ouvriers qui conservent leur barbe sont plus tardivement frappés.

La plupart des faïenciers succombent à une affection pulmonaire chronique. Cette phtisie des faïenciers est une sclérose du poumon, produite par l'introduction des poussières irritantes dans les voies aériennes.

La tuberculose, chez les faïenciers, n'est pas très fréquente. Elle est remarquable par la lenteur de son évolution. Si l'ouvrier, après une poussée aiguë de tuberculose, n'est pas trop affaibli pour abandonner l'atelier, elle peut guérir. Un tissu de sclérose vient englober les lésions tuberculeuses, les étouffer. J. B.

Destruction des bacilles tuberculeux dans les crachats, par REMOUCHAMPS (*Mouvement hygiéniq.*, *VIII*, 138, *avril* 1892).

Remouchamps a préconisé l'emploi du sel de soude et d'eau bouillante comme moyen pratique et pas coûteux pour détruire les bacilles tuberculeux contenus dans les crachats et particulièrement dans les mouchoirs. (*Mouvement hygiénique*, novembre 1891.)

L'expérience suivante démontre l'efficacité du procédé.

Sur des carrés de linge, Remouchamps étale des crachats de phtisique où l'examen microscopique lui a fait reconnaître l'existence de bacilles spécifiques en très grande abondance.

Après dessiccation, il met ces linges dans un vase, les saupoudre d'une cuillerée de sel de soude pulvérisé et y verse 2 litres d'eau bouillante. Il laisse agir pendant une nuit. Le lendemain, il exprime le contenu des linges dans un verre évasé.

Trois cobayes reçoivent, en injection intra-péritonéale, chacun 2 centimètres cubes de liquide pris au fond du vase.

Depuis cette époque, quatre mois se sont écoulés ; aucun des trois animaux n'est devenu tuberculeux.

Il est probable que le même effet serait obtenu par des doses moindres agissant pendant un temps plus court, attendu qu'il est acquis que l'eau à 100° tue les bacilles tuberculeux en cinq à quinze minutes (Schill et Fischer) et que le sel de soude exerce à la fois une action destructive sur les bacilles (Grancher) et dissolvante sur le mucus dont les crachats sont surtout composés. J. B.

Die Steinträgerlähmung (La paralysie des porteurs de pierres), par RIEDER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 7, *p.* 121, 1893).

Il s'agit d'une variété de paralysie du plexus brachial, déterminée par la compression qu'exerce sur les épaules un appareil qui sert aux maçons de Munich pour porter des briques sur les échafaudages. Cet appareil est composé d'une planche verticale, portant en arrière une tablette, sur laquelle on empile les briques, et en avant deux manches écartés de 13 centimètres entre lesquels l'ouvrier passe son cou de façon à porter le fardeau sur la partie supérieure du rachis. Le poids qui peut atteindre de 40 à 60 kilogrammes comprime en grande partie le plexus brachial par l'intermédiaire des deux manches dont nous avons parlé. Dans les cas donnés par l'auteur, on a noté des formications, de l'anesthésie, de l'atrophie et des troubles vaso-moteurs dans des zones plus

ou moins étendues de la distribution du plexus brachial. Le pronostic en a été bénin. C. LUZET.

Ueber Temperaturerhœhungen bei Heizern (De l'élévation de la température du corps chez les chauffeurs de navires), par Arnold KURRER (*Deutsche Viertelj. f. œff. Gesundheitspflege, XXIV*, 291).

Kurrer a fait ses observations surtout sur trente-quatre chauffeurs hindous servant à bord d'un navire qui faisait le trajet entre Hambourg et Java. Les mensurations thermométriques ont été pratiquées dans l'aisselle.

Même chez les Hindous, une race d'hommes que leur manière de vivre et leurs vêtements semblent rendre particulièrement aptes à supporter de hautes températures, un travail pénible dans un climat tropical amène une rétention du calorique dont l'intensité dépend moins du degré de la température ambiante et de la saturation hygrométrique de l'atmosphère que du mouvement de l'air.

Cette élévation de la température du corps se fait suivant le type physiologique, c'est-à-dire qu'elle atteint son maximum le soir et son minimum à quatre heures du matin.

Le maximum de température animale observé a été de 38°,1 centigr.; il a été atteint par un calme plat et par une température de 56 degrés centigrades dans la chaufferie; pour une même température de la chaufferie, quand il soufflait une brise ordinaire, la moyenne de température du corps n'était que de 37°,6.

Après une heure de repos, la température des chauffeurs revient à la normale qui oscille entre 36°,4 dans nos climats et 37 degrés dans la zone tropicale.

Chez les Hindous placés dans les mêmes conditions extérieures, l'élévation de température est presque la même pour tous les individus.

Il en est autrement pour les chauffeurs allemands. On ne peut expliquer cette différence qu'en admettant une prédisposition physique tenant à l'une ou l'autre des circonstances suivantes : excès alcooliques, maladies antérieures, telles que syphilis, impaludisme; anomalies du corps, telles qu'embonpoint exagéré, endartérite chronique, affections chroniques de la poitrine, ou enfin vêtements impropres.

Dans les cas d'insolation mortelle, Hiller (*Deutsche militairaerztliche Zeitschrift*, 1891) a trouvé trois fois sur quatre d'anciennes lésions pulmonaires.

L'intégrité de la peau et des poumons est, en effet, indispensable pour éliminer les 6 litres d'eau ingérés quotidiennement. Aussi les médecins de marine ont-ils le devoir de refuser impitoyablement les chauffeurs qui ne présentent pas ces conditions. Ils doivent, en outre, veiller à l'habillement et aux soins de la peau des chauffeurs. Sur les quatre cas de coups de chaleur observés par Kurrer sur des chauffeurs, trois étaient dus à des vêtements trop épais.

Durant la traversée des mers tropicales et surtout de la mer Rouge, les chauffeurs de race blanche doivent être remplacés par des hommes de couleur.

Comme dans ces parages redoutés, les calmes plats sont fréquents et

que, par suite, la régulation du calorique animal est impossible, même pour les hommes de couleur, l'État devrait prescrire obligatoirement des ventilateurs artificiels sur les vapeurs qui se rendent en Extrême-Orient.

La mortalité par coups de chaleur est peu considérable dans la marine allemande; elle n'a pas dépassé 4,09 0/0 du chiffre des malades sur les 171 cas observés de 1873 à 1889. J. B.

Ueber die Sanitaetsverhaeltnisse der Arbeiter in Fabriken zur Herstellung von Sprengstoffen..., par L. BRANDT (*Deutsche Viertelj. f. oeffentl. Gesund XXIV*, 438, 1892).

Les ouvriers de l'industrie des explosifs sont exposés à deux sortes de périls. D'une part, ils sont en contact avec des poussières, des vapeurs et des gaz caustiques, délétères ou toxiques, et manipulent journellement des poisons, d'autre part, ils sont menacés par les explosions.

En Allemagne, la poudre se compose de 74 parties de salpêtre de potasse, de 16 parties de charbon de bois et de 10 parties de soufre. Le salpêtre et le soufre sont inoffensifs pour l'économie animale ; reste le charbon dont on connaît l'action sur les voies respiratoires. Mais l'inconvénient des poussières dans la fabrication de la poudre est nul comparativement aux risques d'explosion, soit du mélange pulvérulent, soit du charbon seul. En cas d'explosion, les blessés succombent généralement, au bout de quelques jours seulement, à l'œdème pulmonaire, conséquence de l'inhalation des gaz chauds de la poudre.

La fabrication de la dynamite et des autres explosifs à base de nitroglycérine expose les ouvriers à des dangers autres, plus considérables et de nature multiple. La nitroglycérine est par elle-même toxique ; viennent ensuite les vapeurs nitreuses. Puis la fabrication de la poudre se fait presque exclusivement à l'aide de machines, tandis que celle de la dynamite exige la présence continue de l'ouvrier. Enfin, la force brisante de la dynamite est le sextuple de celle de la poudre. Il en résulte qu'en cas d'explosions, au lieu des brûlures, qui sont le fait ordinaire pour la poudre, on a affaire à des dilacérations, à des pulvérisations du corps des victimes.

La nitroglycérine s'obtient en ajoutant 7 parties de glycérine à un mélange de 36 parties d'acide sulfurique (de densité de 1,84) et de 20 parties d'acide azotique (de densité de 1,495). Elle pénètre si rapidement à travers la peau, même intacte, que tout lavage consécutif est inutile. Brandt a éprouvé sur lui-même qu'il suffit de saisir avec la main dégantée un loquet de porte imprégné de nitroglycérine pour ressentir, plusieurs heures durant, de la céphalée avec sensation de pression au niveau du front et de l'occiput. Eulenberg ayant touché avec la langue une baguette de verre mouillée de nitroglycérine, présenta les accidents suivants : Ardeur intense dans la bouche, suivie, au bout de dix minutes, d'une diminution de la vue et du besoin de s'asseoir ; peu après, nausées, lipothymie, perte de la connaissance pendant trois minutes, avec convulsions des globes oculaires, grincements de dents et extension tétanique du membre supérieur droit. La conscience revenue, il subsista encore deux heures de l'impossibilité à se tenir debout et de la lourdeur

de tête avec battements temporaux. Le café fort est ce qui soulage le mieux les maux de tête causés par les vapeurs de nitroglycérine, tandis que l'alcool est nuisible. Les ouvriers en dynamite sont sujets à des ulcérations sous-unguéales rebelles, ainsi qu'à une espèce de psoriasis avec rhagades à la plante des pieds et dans les espaces interdigitaux des mains.

Les vapeurs nitrées (par ordre d'activité croissante, acide azotique, acide azoteux et acide hypoazotique) donnent lieu, en dehors des accidents aigus, à des conjonctivites et à des catarrhes chroniques du larynx et de la trachée ; mais ces accidents ne sont pas si communs qu'on le pourrait croire, parce que les ouvriers ont soin de se protéger la bouche et le nez par une éponge ou un linge imbibé d'ammoniaque. Les manipulations de la terre d'infusoires entraînent un dégagement énorme de poussières beaucoup plus nocives que celles de la poudre à canon. Aucun des masques dits respirateurs, inventés jusqu'ici, n'est propre à protéger les ouvriers ; les uns ont des mailles trop larges laissant passer les poussières, les autres des mailles trop étroites qui gênent la respiration et élèvent la température de l'air inspiré.

Dans la préparation du coton-poudre (fabriqué par l'action d'un mélange d'acides sulfurique et azotique sur du coton) la seule cause importante de danger pour les ouvriers réside dans l'inhalation des vapeurs nitreuses ; les risques d'explosion sont presque nuls parce que presque toutes les opérations se pratiquent sur la matière humide.

Le fulminate de mercure se prépare en dissolvant du mercure dans des ballons de verre remplis d'acide nitrique et en versant ensuite lentement cette solution dans d'autres ballons pleins d'alcool. La réaction s'accompagne du dégagement d'une grande quantité de gaz et de vapeurs extrêmement nuisibles et parmi lesquels on a signalé l'acide prussique et d'autres combinaisons du cyanogène, les acides azotique et hypoazotique. Les accidents d'hydrargyrisme observés dans les fabriques d'amorces fulminantes sont moins nombreux et moins graves qu'on ne pourrait croire. Les plus communs sont la stomatite et des alternatives de constipation et de diarrhée. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes. Enfin il y a les risques d'explosion qui ne se présentent que dans les dernières manipulations portant sur du fulminate sec.

Brandt demande que les directeurs et contre-maîtres de fabriques d'explosifs soient assermentés par l'État, afin d'assurer l'application des mesures protectrices de la santé et de la sécurité des ouvriers ; que les diverses phases de la fabrication s'opèrent dans des ateliers séparés, autant que cela est possible sans trop gêner la surveillance ; qu'on n'accepte point d'ouvriers suspects de phtisie ou atteints d'épilepsie ; que les fonctionnaires médicaux soient appelés à donner leur avis sur les plans de nouvelles fabriques, etc. (*R S. M.*, XXV, 752 ; XXVII, 130 ; XXX, 645 et XXXVII, 477.) J. B.

De la mort apparente à la suite de l'asphyxie par submersion ou noyade, et d'un moyen inconnu ou jusqu'à présent inappliqué d'y remédier, par LABORDE (*Bull. acad. méd.*, 5 *juillet* 1892).

Laborde cite deux cas d'asphyxie par submersion, que l'on avait en

vain combattue par les moyens ordinaires, employés en cette circonstance. Malgré les apparences cadavériques de ces deux asphyxiés, comme il existait un certain degré de rétrécissement pupillaire, qui ne cadrait pas avec un état asphyxique confirmé, et de la raideur des mâchoires, la manœuvre suivante fut exécutée avec plein succès : une cuillère profondément enfoncée dans l'arrière-gorge, la langue fut saisie et fortement attirée hors de la bouche ; tout aussitôt se produisit un violent et bruyant hoquet respiratoire, et un flot de liquide fut lancé par un vomissement réitéré et abondant.

En maintenant béants la bouche et l'arrière-gorge, et en tirant en même temps sur la langue, les respirations bruyantes se répétèrent et d'abord espacées devinrent plus fréquentes. Au bout de 35 minutes de ces manœuvres, auxquelles on adjoignit des frictions générales, le pouls et les battements cardiaques reparurent, et après une heure, les fonctions de la respiration et de la circulation étaient rétablies. Quatre heures cependant durent se passer avant que les personnes environnantes fussent reconnues. Un état d'amnésie absolue sur ce qui était survenu persistait encore quelques mois après l'accident. OZENNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Sui rapporti della cecita... (Sur les rapports de la cécité bilatérale avec les affections des lobes occipitaux), par SEPPILLI (*Rivista sper. di Freniatria, XIX*, 2).

S'appuyant sur des faits déjà publiés par différents auteurs et sur trois observations personnelles, l'auteur formule les conclusions suivantes :

La cécité bilatérale peut dépendre d'une affection des 2 lobes occipitaux.

La cécité bilatérale survenant d'une façon rapide après une attaque d'apoplexie, constituant un symptôme unique, s'accompagnant d'examen ophtalmoscopique négatif et d'intégrité du réflexe pupillaire devra se rapporter à une lésion bilatérale de la région occipitale.

La cécité due à une lésion des deux lobes occipitaux, tantôt se montre d'une façon contemporaine dans tout le champ visuel des deux yeux, tantôt se fait en deux temps et se manifeste tout d'abord sous la forme d'hémiopie homonyme d'un côté, hémiopie à laquelle plus tard s'associe l'hémiopie homonyme de l'autre côté des champs visuels. PIERRE MARIE.

Vorstellung eines Falles von multipler Hirnnervenlaehmung, par REMAK (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 44, *p.* 1112, 31 *octobre* 1892).

Cas de paralysie des six derniers nerfs craniens, absolue seulement pour le facial.

Homme de cinquante-quatre ans niant tout antécédent syphilitique. A la

suite d'une angine suppurée survenue il y a une vingtaine d'années, il lui est resté de la gêne de la déglutition pour les aliments solides. Depuis quatre ou cinq ans, l'audition des bruits aigus est devenue défectueuse du côté droit. En outre, depuis de longues années déjà, il a l'omoplate droite un peu saillante. Il y a deux ans, il a eu, durant six semaines, des accès de spasme tonique du côté droit de la face, durant cinq minutes, sans perte de connaissance ni morsure linguale; il lui était alors impossible de parler. Depuis cette époque, la dysphagie s'est aggravée, parfois les aliments refluaient par le nez, et de la raucité est survenue pour laquelle il s'est fait soigner il y a un an. On a alors constaté une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur droit et de la moitié droite du voile palatin avec affaiblissement de la sensibilité du palais; une hémiatrophie de la langue du côté droit; du nystagmus dans les mouvements externes exagérés des yeux, sans diplopie ni ptose; de l'étroitesse des pupilles avec rigidité à la lumière, sans rien à l'ophthalmoscope.

La muqueuse de la caisse tympanique droite était tuméfiée et granuleuse. Atrophie complète du sterno-mastoïdien droit et du chef claviculaire du trapèze correspondant.

Au repos, l'épaule droite est un peu abaissée, et l'acromion affaissé en avant. L'angle scapulaire inférieur de ce côté est un peu plus élevé, et le bord interne de l'omoplate, de 2 centimètres plus distant que l'autre du rachis auquel il est presque parallèle. Jamais de fièvre; inefficacité de l'iodure de potassium et de la galvanisation.

Depuis un an, sont apparues de nouvelles paralysies. Le malade s'est réveillé une nuit avec une crampe dans la joue droite. Le lendemain matin, il avait une hémiplégie faciale. Il s'agit là d'une paralysie périphérique dégénérative (contrairement à celle des autres nerfs) du facial droit, sans troubles de la sensibilité; bientôt le peaucier a aussi été envahi. Il existe de l'affaiblissement des diverses modalités du goût avec analgésie sur toute l'étendue de la langue; outre la surdité, le tympan droit est rouge, tuméfié, un peu bombé, les contours du manche du marteau sont effacés. Enfin, tandis que la sensibilité de l'épiglotte est intacte sur ses deux faces, il y a de l'anesthésie de toute la muqueuse laryngée. Les réflexes rotuliens sont normaux, et il n'existe aucun signe de tabes.

Remak, malgré les difficultés du diagnostic, pense à une tumeur de la base du crâne. La fille du malade, âgée de vingt-neuf ans, a succombé à un gliosarcome de l'hémisphère droit, occupant la capsule externe, le claustrum et l'insula de Reil.

Il profite de cette occasion pour dire qu'il a renoncé à regarder comme saturnine l'hémiatrophie linguale (*R. S. M.*, XXX, 134) qu'il a signalée chez un malade atteint en même temps de paralysie unilatérale du palais et bilatérale des cordes vocales. J. B.

Ueber einen Fall von cystischen Hirntumor im linken Seitenventrikel, par Karl HIRSCH (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 29, *p.* 727, *et n°* 30, *p.* 751, 18 *et* 25 *juillet* 1892).

Fait rare de sarcome kystique du plexus choroïde.

Femme de 47 ans, ayant eu il y a 1 mois, une attaque apoplectique avec trouble de la parole et trouble progressif de la motilité des membres droits. État à l'entrée : paralysie incomplète du membre supérieur droit, parésie du membre inférieur correspondant, avec conservation intégrale de la sensibilité, des réflexes tendineux et cutanés; paralysie de l'hypoglosse droit; légère aphasie; mydriase droite; un peu de démence. Huit jours plus tard, il existait une paralysie totale et spasmodique du membre droit avec exquise sensibi-

lité douloureuse au toucher ; à l'aphasie se joignait de la dysarthrie et bientôt le langage était devenu inintelligible ; chute correspondante des facultés intellectuelles. Au bout d'une quinzaine, coma complet avec urines et garde-robes involontaires. Mort quatre semaines après l'admission.

Autopsie. Aplatissement des circonvolutions de la convexité surtout de l'hémisphère gauche, dont la résistance est accrue. Ventricule latéral gauche très dilaté par une tumeur kystique plus grosse qu'une pomme, ayant au maximum 6 centimètres de large sur 8 de long; elle est largement implantée sur les deux tiers externes de la couche optique qu'elle recouvre en laissant à découvert la totalité du corps strié. Le kyste est distendu par un liquide clair; ses parois sont transparentes, lisses, de couleur rouge pâle et parcourues par de fines ramifications vasculaires. Du côté droit de la tumeur, au niveau d'une bosselure plus saillante, les parois offrent plusieurs parties blanches, d'aspect graisseux. Sur la face externe de la couche optique, se trouve une tumeur du volume d'une noix, jaune gris, à surface lisse et à consistance molle, se continuant à gauche et en avant avec la tumeur kystique ci-dessus. La tumeur n'adhère à la couche optique que par des connexions très lâches. Elle a son point de départ dans la toile choroïdienne du sillon choroïdien de la couche optique. Le microscope montre qu'il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes ne présentant pas de pigment sanguin. La tumeur a détruit l'extrémité postérieure du noyau caudé et les parties postéro-latérales de la couche optique. Le ventricule latéral gauche contient seulement une cuillerée à soupe de liquide clair. Rien autre d'anormal dans les centres nerveux. Nulle part dans le corps, il n'y a d'autres tumeurs. J. B.

Ueber Geschwülste der Vierhügel (Tumeurs des tubercules quadrijumeaux), pa LICHTHEIM (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 46, *p.* 1043, 1892).

On doit s'appuyer pour faire le diagnostic, sur les paralysies oculaires et sur les troubles de l'équilibre.

Très souvent il y a paralysie unilatérale de l'adducteur, tandis que la paralysie du moteur commun est toujours bilatérale.

Les troubles de l'équilibre rappellent soit l'ataxie cérébelleuse, soit l'ataxie vulgaire. Ils doivent être attribués à la compression exercée par les tumeurs car ils manquent dans le ramollissement des tubercules quadrijumeaux.

Dans un des trois cas que publie Lichtheim, la vision a été conservée jusqu'à la fin (les tubercules antérieurs étaient respectés); dans un autre on a noté rapidement la cécité et l'inertie pupillaire; dans le dernier, le nerf optique n'a subi que de lentes altérations.

Quand la vision est conservée, le réflexe pupillaire est normal.

Deux des observations de l'auteur se rapportent à des gliomes; la troisième à un tubercule caséifié. L. GALLIARD.

Monoplégie persistante du membre inférieur gauche causée par une lésion très limitée de la capsule interne droite, par PITRES (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er *janvier* 1893).

Homme d'une quarantaine d'années ; en 1885, il est atteint d'une monoplégie associée des deux membres du côté gauche, sans contracture ni troubles de la sensibilité, survenue inopinément dans le cours d'une intoxication saturnine chronique. Amélioration sous l'influence de l'iodure de potassium. Deux ans plus tard paralysie saturnine type des deux avant-bras, et à cette époque on note que le membre inférieur gauche n'a pas repris

l'intégralité de ses fonctions. Trois années après accidents d'urémie dyspnéique mortels.

L'examen du cerveau a montré que, au centre de la coupe pédiculo-frontale droite, il existait un petit foyer de ramollissement lacunaire, siégeant exactement à un centimètre en avant du genou de la capsule interne, et que sur la coupe pédiculo-frontale gauche se voyaient plusieurs petits foyers de ramollissement lacunaire situés dans l'intérieur des masses grises du noyau caudé et du noyau lenticulaire, sans atteindre les fibres de la capsule interne.

Ces faits anatomo-pathologiques tendent à démontrer : que les lésions destructives très circonscrites, siégeant dans l'aire du tiers moyen de la capsule interne peuvent donner lieu à des monoplégies persistantes ; et que les lésions destructives limitées à la substance grise des corps striés peuvent ne déterminer aucune espèce de paralysie. OZENNE.

A case of aphasia and right hemiplegia, with temporary spasmodic conjugate deviation of the eyes..., par Sheridan DELÉPINE (*Brit. med. j., p.* 571, 10 *septembre* 1892).

Femme de 23 ans, atteinte d'affection mitrale. A la suite d'une embolie, hémiplégie droite et aphasie ; bientôt après contracture puis vomissements. Quatre mois plus tard, déviation conjuguée des yeux du côté paralysé, se montrant d'une façon intermittente et spasmodique, toutes les fois que la malade faisait converger ses yeux vers la ligne médiane. Vers la fin de sa vie, convulsions épileptiformes et coma final.

A l'autopsie, ramollissement étendu de l'hémisphère gauche, impliquant la zone motrice, ainsi que les trois circonvolutions frontales, le lobule pariétal et la circonvolution supramarginale. La zone détruite est entourée d'une région irritée et enflammée, ce qui explique les phénomènes convulsifs observés pendant la vie. Les pédoncules cérébraux, la protubérance, le bulbe et la moelle sont le siège de dégénérations secondaires.

Les symptômes oculaires sont plus difficiles à expliquer. Ils datent, cliniquement, de l'époque où se produisirent les phénomènes d'encéphalite autour de la lésion, et correspondent à la stimulation du centre cortical des mouvements de l'œil. Au début, la volonté devait intervenir pour provoquer l'excitation de ce centre : dans les dernières semaines de la vie, le phénomène se produisait automatiquement, sans l'intervention de la volonté. H. R.

A case of cerebellar tumour, par PRANCE (*Brit. med. j., p.* 1108, 19 *novembre* 1892).

Observation intéressante par les symptômes anormaux du début de l'affection. Le patient, neuf semaines avant sa mort, avait présenté une éruption de taches et de plaques surélevées, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, d'un rouge vif, très prurigineuses. Simultanément il se plaignait de douleurs dans le dos et dans les jambes ; parfois il avait des vomissements bilieux.

L'éruption dura trois semaines environ : les vomissements se répétèrent ; la céphalée devint permanente ; bientôt survint une attaque apoplectiforme suivie d'une perte de connaissance passagère, avec dilatation des pupilles mais sans névrite optique. Deux jours après, somnolence, puis soudainement cyanose rapide, et arrêt de la respiration, le cœur continuant à battre. Mort en un quart d'heure.

A l'autopsie, hydropisie ventriculaire, sans méningite cérébrale. Tumeur occupant le lobe gauche du cervelet, molle et fluctuante. La tumeur s'était

rompue spontanément et son contenu avait fui au devant du bulbe, causant la paralysie des centres respiratoires. H. R.

Serous cysts of the cerebellum, par WILLIAMSON (*Americ. journ. med. Sc., août* 1892).

L'auteur cherche à démontrer que les kystes simples, ou séreux, du cervelet, sont des tumeurs ayant subi la dégénérescence kystique au point de disparaître presque complètement. Il en fournit deux exemples :

1° Homme de 27 ans : céphalée 14 mois auparavant. Depuis six semaines, affaiblissement de la vue, puis incertitude de la marche ; névrite optique; coma progressif et mort. A l'autopsie kyste du lobe droit du cervelet, gros comme un œuf de pigeon : sur un point de la paroi, traces d'une très petite tumeur de structure gliomateuse.

2° Femme de 43 ans : céphalée et vomissements depuis deux ans; depuis cinq mois, ataxie, puis névrite optique. Pas de paralysie des nerfs craniens ; mort subite.

Kyste du lobe cérébelleux droit, simple en apparence. Un examen attentif y fait découvrir un nodule ayant la structure du gliosarcome. H. R.

Étude clinique sur l'athétose double, par MICHAILOWSKI (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière, nos* 2, 3, 4 *et* 5, *p.* 89, 185, 251, 292, 1892).

Le début de l'athétose double est habituellement lent, progressif, insidieux; parfois cependant la maladie est précédée de convulsions. Les mouvements athétosiques ne se montrent d'abord qu'à la face ou bien aux membres supérieurs ou inferieurs, puis se généralisent, ils peuvent aussi revêtir le type hémiplégique.

A la face, les mouvements se succèdent de telle façon que la physionomie revêt les expressions les plus bizarres et les plus variées. La langue remue continuellement dans la bouche ; une hypertrophie de l'organe peut être la conséquence de ces mouvements incessants.

Aux membres supérieurs on observe les mouvements bien connus de l'athétose vulgaire, posthémiplégique.

Aux membres inférieurs, comme aux supérieurs d'ailleurs, les mouvements sont surtout prononcés vers les extrémités, la flexion et l'extension des orteils prédominent.

Dans quelques faits on a observé que l'athétose s'est étendue au tronc. Michaïlowski a observé des troubles de la déglutition et de la respiration chez un de ses malades.

Les mouvements athétosiques ne sont qu'exceptionnellement influencés par la volonté (cas d'Eulenberg et Langer), les impressions morales les augmentent ; ils disparaissent complètement pendant le sommeil. Les membres, animés de mouvements athétosiques, présentent une rigidité constante.

Les malades se meuvent en dandinant et marchent comme des canes (Charcot). De l'action vicieuse des muscles résultent des attitudes vicieuses, des déviations vertébrales. Il n'existe d'ailleurs pas de lésions osseuses ; mais on a signalé des lésions articulaires, des déformations permanentes des mains simulant celles du rhumatisme déformant.

L'hypertrophie des muscles de la région cervicale et des bras a été signalée.

Les troubles de la parole sont la conséquence de l'état de contracture des muscles de l'articulation. Dans quelques cas, ils sont accusés au point que l'articulation des mots se trouve réduite à un grognement incompréhensible. L'écriture est tremblée, griffonnée, à peine lisible. Il existe presque toujours de la faiblesse mentale et une imbécillité plus ou moins marquée; l'intelligence était assez bien conservée dans un quart des cas (Michaïlowski). Comme troubles sensoriels on n'a noté que le nystagmus. Il n'existe non plus aucun trouble des fonctions organiques.

L'athétose double après avoir débuté dans la première ou la seconde enfance se poursuit pendant l'âge adulte, et les malades ont toujours, jusqu'ici, succombé à une affection intercurrente.

En somme, c'est une affection incurable, mais ne menaçant pas directement l'existence et permettant une longue survie.

Le traitement est nul.

La maladie ne peut guère être confondue qu'avec la chorée chronique; elle s'en distingue surtout par la raideur avec laquelle s'exécutent les mouvements athétosiques et par les caractères tirés de l'évolution. Elle reste stationnaire, tandis que la chorée chronique présente une aggravation progressive et aboutit à la démence.

Le rôle de l'accouchement est aujourd'hui admis par nombre d'auteurs et par Michaïlowski. (Obs. II.) On constate que l'enfant est venu au monde avec un état asphyxique plus ou moins prononcé (travail trop long, circulaire de la région cervicale).

Le plus souvent l'athétose double serait consécutive aux maladies infectieuses (Massalongo).

Les altérations cérébrales sont encore mal connues. Le nombre de cas avec autopsie est actuellement de 8. On n'a pas trouvé de lésions constantes jusqu'à présent. On a signalé la pachyméningite et l'atrophie cérébrale (Kurella), l'asymétrie des hémisphères, l'anomalie de certaines circonvolutions. D'autres fois, enfin, on n'a rien constaté d'anormal.

G. LYON.

L'astasie-abasie, par MAIGRE (*Thèse de Paris*, 1892).

Le syndrome de l'astasie-abasie est produit par toute lésion, organique ou dynamique, portant sur les centres de la marche ou de la station. La lésion organique n'a jamais été directement démontrée ; il est probable qu'il s'agit habituellement d'un trouble dynamique, dont la localisation règle les formes cliniques principales de la maladie (parétique, trépidante, saltatoire). Le trouble peut disparaître quand on comprime certaines régions ; mais cet effet purement suggestif est tout à fait transitoire. Pour le reste, c'est l'évolution et le traitement des manifestations hystériques.

GIRODE.

A case of pseudohypertrophie... (Un cas de paralysie pseudo-hypertrophique avec mouvements particuliers des extrémités supérieures), par E. C. SPITZKA (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, *n°* 11, *p.* 830, *novembre* 1892).

Il s'agit d'un garçon manifestement atteint de myopathie progressive (forme juvénile de Erb) qui présentait une sorte de tic consistant à porter la main droite à son nez, et qui en plus offrait des troubles psychiques (impulsions,

peur des animaux, sorte d'agoraphobie, etc...) et dont l'hérédité nerveuse était très chargée. L'auteur rapporte plusieurs cas de myopathie primitive dans lesquels il a également observé des mouvements automatiques et des troubles mentaux. PIERRE MARIE.

Erkrankungen des conus terminalis und cauda equina (Affections du cône médullaire terminal et de la queue de cheval), par VALENTINI (*Zeitsch. für klin. Medicin, XXII, p.* 245-265).

Les affections siégeant au-dessous de la deuxième lombaire produisent des paralysies purement radiculaires. Aux membres inférieurs, les fessiers, les fléchisseurs de la cuisse, les muscles de la jambe et du pied sont seuls paralysés. Ils offrent la réaction de dégénérescence. Les extenseurs et les adducteurs de la cuisse sont respectés. La vessie et le rectum ne sont pas paralysés. Les troubles sensitifs sont un peu plus étendus. Le pronostic est relativement bon, l'évolution étant lente, le malade pouvant très longtemps marcher avec des béquilles, la cystite et les escharres étant rares. Dès que la lésion siège au niveau de la première lombaire ces complications sont, au contraire, inévitables.

A.-F. PLICQUE.

Spinale Halbseitenläsion (Hémilésion spinale), par EULENBURG (*Deutsche med. Woch., n°* 38, *p.* 845, 1892).

Une fille de 17 ans éprouve à la suite de l'influenza, en novembre 1891, des douleurs au dos et au bras droit. En janvier 1892, affaiblissement des membres à droite. Dans la nuit du 26 au 27 janvier, paralysie complète de la jambe droite, paralysie du rectum et de la vessie, hémianesthésie complète à gauche.

Le 13 mai, on constate : rétrécissement de la pupille droite ; élévation de la température de la moitié droite de la face et de l'oreille droite ; parésie, atrophie, hyperesthésie et exagération des réflexes du membre inférieur droit ; analgésie et anesthésie à gauche jusqu'à la hauteur de la 3e ou de la 4e côte ; parésie, atrophie et anesthésie partielle du membre supérieur droit (anesthésie de la région cubitale ; nerfs provenant exclusivement du faisceau inférieur du plexus brachial), c'est-à-dire des 7e et 8e paires cervicales et de la première dorsale.

Il y a donc hémilésion spinale (paralysie de Brown-Séquard) intéressant le bas du segment cervical et le haut du segment dorsal.

Dans sa très minutieuse analyse de tous les détails de cette observation, l'auteur insiste sur la réaction de dégénérescence (faradisation et franklinisation) d'un muscle isolé de la jambe paralysée : l'extenseur propre du gros orteil.

Il est impossible de préciser la nature de la lésion spinale métagrippale. L. GALLIARD.

Des mouvements involontaires au repos chez les tabétiques ; ataxie du tonus, par GRASSET (*Broch.* 37 *p., Montpellier,* 1893).

Grasset relate l'observation d'une femme tabétique qui présentait des mouvements involontaires des membres inférieurs pendant le repos et consistant en mouvements de flexion et d'extension des orteils et des pieds.

Grasset a signalé en 1877 des cas semblables, et avant lui Rosenbach a publié une observation analogue. G. LYON.

Sur les déviations de la colonne vertébrale dans la sciatique, par BRUHL et SOUPAULT (*La médecine moderne, p.* 826, 21 *décembre* 1892).

Bruhl et Soupault rapportent une observation de sciatique étendue à toute la jambe avec inclinaison du tronc du côté opposé, et une observation de névralgie du plexus lombo-sacré et de la partie supérieure du nerf sciatique avec déformation homologue. Ils concluent de la comparaison de ces deux cas que les attitudes vicieuses dans la sciatique sont dues à la douleur, le malade se plaçant instinctivement dans l'attitude où les douleurs sont le moins vives ; dans les sciatiques généralisées, il évite de porter sur sa jambe malade, de tendre son nerf et notamment d'étendre la jambe qu'il traîne demi fléchie au lieu de la lancer en avant; dans la névralgie du plexus lombaire, il cherche à éviter de tirailler les muscles placés sous la dépendance des nerfs douloureux du plexus sacré, et se penche du côté malade, légèrement en avant de façon à placer son bassin dans le relâchement.

Amyotrophies spinales réflexes d'origine abarticulaire, par CHARCOT (*Progrès médical*, 1er *avril* 1893).

On connaît depuis les travaux de Le Fort et Vulpian la fréquence et la physiologie des amyotrophies arthopathiques. Charcot rapporte un certain nombre de faits montrant que des traumatismes, les plus légers, les plus insignifiants, contusions avec plaies guérissant en quelques jours, rupture musculaire (coups de fouet) etc., peuvent produire aussi des paralysies amyotrophiques des plus accentuées, sans lésion de la moelle. Charcot fait intervenir la prédisposition personnelle ou héréditaire, qui explique les effets si différents de ces légers traumatismes. H. L.

Arthropathies syringomyéliques, par CHARCOT (*Progrès médical*, 29 *avril* 1893).

Un homme de 32 ans éprouva, à 25 ans, subitement, dans un état de santé parfait, une hyperesthésie des talons qui rendit la marche impossible pendant quelques jours, et qui fut suivie de douleurs aiguës rapides dans les articulations des membres inférieurs, puis supérieurs ; ces douleurs étaient toutes spontanées ; cette crise dura trois mois. En mai 1892, éclata un nouvel accès de douleurs aiguës avec gêne au poignet droit, qui était tuméfié ; un mois après, l'épaule droite était très tuméfiée et indolore, avec œdème des téguments. Ces deux articulations se sont peu à peu déformées.

Le carpe est subluxé en avant ; les os sont augmentés de volume et il y a des craquements. On les retrouve à l'épaule droite, qui est d'une excessive mobilité.

L'examen montre qu'il n'existe aucun symptôme tabétique, tandis qu'il existe un nystagmus très prononcé et la dissociation syringomyélique de l'anesthésie, ainsi que la production sur le dos de la main de bulles suivies d'ulcérations ; enfin, les muscles de l'épaule droite sont évidemment atrophiés. H. L.

I. — Syringomyélie, par CRAMER (*Centralbl. für allgem. Path.*, 27 *septembre* 1892).

II. — Zwei Falle von Syringomyelie, par MANN (*Deutsche Arch. f. klin. Med.* L, *p.* 112).

III. — Zur Casuistik der Syringomyelie... (Contribution à la casuistique de la syringomyélie et de la pachyméningite cervicale hypertrophique), par ROSENBLATH (*Ibidem*, *LI*, *p.* 210).

I. — Conclusions du mémoire de Cramer :

1° Les causes de la syringomyélie sont obscures ; parfois congénitale, elle semble susceptible de dépendre de traumatismes ;

2° Le syndrome syringomyélique peut se rapporter à des lésions diverses ; le plus souvent il dépend d'un développement anormal de la névroglie. Le siège fondamental de la lésion est la substance grise en arrière du canal de l'épendyme ;

3° La maladie de Morvan (panaris analgésique) est cliniquement et anatomiquement une forme de la syringomyélie, mais dans cette variété, les nerfs périphériques peuvent être intéressés ;

4° La syringomyélie peut durer deux ou trois ans quand il s'agit d'un gliome de la moelle ; trente ou quarante ans quand il y a simple hyperplasie de la névroglie sans tumeur ;

5° Les lacunes cavitaires sont dues à la désintégration du tissu gliomateux ; le canal de l'épendyme ne participe que d'une façon secondaire à la formation de ces lacunes. H. R.

II. — Voici les symptômes principaux du premier cas :

Femme de 57 ans, atrophie musculaire étendue, à peu près symétrique avec altération quantitative et qualitative de la réaction électrique, sans secousses fibrillaires ; mouvements lents spontanés. Debut de l'atrophie, trois ans. Douleurs violentes pendant toute la durée de la maladie et présentant le caractère de la brûlure.

Diminution et ralentissement de la sensibilité à la douleur et à la chaleur, en plaques disséminées sur tout le corps, et au niveau desquelles la sensation tactile est conservée. Il existe, de plus, des troubles trophiques et sécrétoires ; chute des poils, gonflement des phalangettes, furoncles, herpès, augmentation de la sueur, sécheresse de la bouche. Signes tabétiques aux membres inférieurs, absence de réflexe rotulien, ataxie, signe de Romberg, parésie de la jambe droite sans atrophie, trouble de la sensation de situation des orteils. Les pupilles sont inégales, sans réaction ; la miction et la déglutition sont difficiles.

Dans le deuxième cas, qui concerne une femme de 30 ans, il existe aussi des troubles moteurs (atrophie dégénérative des petits muscles de la main gauche avec phénomènes moteurs d'excitation), des troubles de la sensibilité (douleurs à caractère brûlant, diminution de la sensibilité à la chaleur et à la douleur à la main gauche avec conservation de la sensibilité tactile et du sens de la situation), des troubles trophiques et sécrétoires, et enfin des troubles pupillaires. Les signes sont les mêmes que dans le premier cas, mais moins étendus.

III. — L'auteur rapporte quatre cas de syringomyélie avec autopsie. — Le premier, 50 ans, syphilitique, présente, en 1885, des vertiges et de la céphalée ; en 1886, les premiers troubles de sensibilité du côté des membres ; mais ceux-ci n'atteignirent jamais une grande intensité même pour les sensations thermiques. Les lésions de la moelle étaient très avancées. — Le second cas a trait à une femme de 36 ans, syphilitique, et est purement anatomique. — Le troisième est celui d'une femme de 56 ans où le diagnostic pendant la vie a pu être fait, il existait à la région cervicale un glio-sarcome étendu, avec dégénérescence hyaline des vaisseaux. — Le quatrième concerne une femme de 43 ans ; mais la région syringomyélique était en-

tourée d'un anneau de pachyméningite cervicale hypertrophique, qui avait, semble-t-il, été la cause de la lésion médullaire. C. LUZET.

Ueber Syringomyelie, par OPPENHEIM (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 42, *p.* 1059, 17 *octobre* 1892).

Cas d'une forme particulière de syringomyélie qu'Oppenheim désigne sous le nom de gliomatose tabétique, en vertu de sa ressemblance avec l'ataxie locomotrice.

Femme faisant dater son affection d'un traumatisme survenu en 1867. Dès cette époque sont apparus de l'affaiblissement et de l'atrophie de la main droite, qui, après s'être développés lentement sont restés stationnaires depuis quelques années ; l'atrophie porte sur les muscles intrinsèques de la main et spécialement sur les interosseux.

Dix ans plus tard, survinrent des douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, puis en 1885 une fracture spontanée du fémur gauche. Ultérieurement, se sont montrés des troubles vésicaux, de l'incertitude de la marche et enfin, il y a seulement un an, de l'affaiblissement et de l'atrophie de la main gauche qui ont progressé très lentement : actuellement la main est en griffe et l'adduction des doigts est impossible. Tandis que la main droite n'offre plus trace de réaction électrique, la gauche présente les signes de la réaction de dégénérescence.

Les membres supérieurs sont aussi le siège de troubles de la sensibilité : la sensibilité au contact n'est émoussée que du côté cubital de la main, mais tout le membre supérieur gauche et, à un degré moindre, le côté correspondant de la face, présentent un affaiblissement des sensibilités douloureuse et thermique, de la première surtout ; l'analgésie est le plus marquée dans la main gauche, mais à la main droite la sensibilité douloureuse est aussi diminuée. Le sens de la position des membres est intact.

Les autres symptômes sont une cyphoscoliose déjà ancienne, un rétrécissement considérable des pupilles avec rigidité complète à la lumière du côté gauche et réaction paresseuse du côté droit. Les réflexes rotuliens manquent, il y a un certain degré d'ataxie et un trouble de la sensibilité du membre inférieur gauche.

Oppenheim rapproche ce fait de celui d'un homme qu'il a longtemps observé et chez lequel il avait diagnostiqué une ataxie locomotrice, en se basant sur l'existence de douleurs fulgurantes, de troubles vésicaux, de troubles de la sensibilité, du signe de Westphal à droite, de l'atrophie du nerf optique, etc., et, en dépit de la présence d'une cyphoscoliose intense et de la prédominance des troubles sensitifs du côté gauche. L'autopsie de ce malade révéla qu'il s'agissait d'une gliose intéressant partout les cordons postérieurs de la moelle, mais ayant envahi aussi la substance grise des cornes postérieures, des deux côtés au cou et du côté gauche seulement au niveau des régions médullaires inférieures.

De plus, il avait déjà pratiqué en 1885 l'autopsie d'un syringomyélique offrant le même mélange de symptômes de gliose et de tabes occasionné par les mêmes localisations des lésions de la moelle.

Ces deux derniers faits montrent que dans certains cas le diagnostic peut être très difficile entre la gliomatose et l'ataxie locomotrice. J. B.

I. — Ueber Erythromelalgie, par C. GERHARDT (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 45, *p.* 1125, 7 *novembre* 1892).

II. — Idem, par H. SENATOR (*Ibidem*, *p.* 1127).

III. — Ein Fall von Erythromelalgie, par M. BERNHARDT (*Ibidem*, *p.* 1129).

IV. — Discussion de la Société des médecins de la Charité (*Ibidem*, *p.* 1146).

V. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem*, *n°* 48, *p.* 1230, 28 *novembre*).

VI. — Erythromelalgie bei einem Paralytiker, par MACHOL (*Ibidem*, *n°* 51, *p.* 1319, 19 *décembre* 1892).

I. — Couturière de 44 ans. Dans la nuit du 21 mars, brusquement prise de douleurs violentes dans les mains et les pieds qui, malgré tous les traitements, persistent encore actuellement (30 juin). Ces douleurs consistent principalement en une sensation d'ardeur et de brûlure. En même temps, apparut de la rougeur sur les orteils et les doigts, à l'exception du pouce gauche. Les moindres contacts sont excessivement pénibles. Œdème malléolaire à plusieurs reprises. A la fin de mai, après un manuluve galvanique, violent paroxysme douloureux dans lequel le pouce gauche rougit pour la première fois. Apaisement rapide des douleurs à la suite d'une dose d'antipyrine. Après une phase d'amélioration, nouvelle exacerbation avec douleurs linguales et gêne de la parole. Depuis lors, l'état des membres supérieurs s'est amélioré. Mais il existe toujours de la rougeur des phalanges unguéales avec épaississement de la peau le long du bord de l'ongle, aussi bien aux mains qu'aux pieds. Un peu d'affaiblissement de la sensibilité et perception lente des impressions thermiques. L'immersion des mains dans l'eau froide soulage les douleurs ; les souffrances sont aggravées par l'été.

L'érythromélalgie à laquelle Gerhardt rattache ce cas, a été décrite par Weir-Mitchell (*R. S. M.*, XV, 163), puis par Lannois (*R. S. M.*, XVII, 589), elle forme un parfait contraste avec les faits de Martin (de Spire), et de Nothnagel, concernant des femmes adonnées à des ouvrages délicats des mains et prises de douleurs dans les extrémités, surtout les ongles, en même temps que de froid, de pâleur et d'engourdissement des membres. Entre ces deux états, se trouve comme intermédiaire la névrose des extrémités, étudiée par Bernhardt (*R. S. M.*, XXVIII, 553), survenant à la ménopause et se bornant à des douleurs dans les doigts et orteils, sans modification de la couleur des téguments, c'est-à-dire sans phénomènes vaso-moteurs.

II. — Employé des postes, âgé de 44 ans, sans antécédents morbides. Il y a 21 mois, en septembre 1890, il a été pris assez brusquement d'élancements dans les bras, surtout dans le gauche, puis de rougeur au dos de la main gauche, commençant au niveau des premiéres articulations phalangiennes de l'index, du médius et de l'annulaire ; la rougeur gagna le poignet, ensuite la région du coude gauche, la main droite, les pouces, et au bout de plusieurs semaines, les deux régions malléolaires. Sensation de faiblesse et d'engourdissement dans les bras. Quelque temps après apparition de petites papules rougeâtres sur quelques-uns des points rouges des mains. Au niveau des parties malades, les téguments sont plus chauds qu'ailleurs, surtout en été. Sensibilité et réflexes normaux, ainsi que les urines. Jamais de fièvre. Actuellement il n'y a plus de douleurs. Le froid est désagréable au malade, tandis que l'antifébrine calmait toujours ses douleurs.

Bien qu'assez différent du fait de Gerhardt, le cas de Senator s'en rapproche par l'existence des symptômes essentiels de l'érythromélalgie : douleur et rougeur au niveau de l'extrémité des membres. Depuis la thèse de Lannois, c'est-à-dire depuis 1880, il n'a été publié que 4 cas d'érythromélalgie par Seeligmuller (*Lehrb. der Krank. Nervensystems*, I, p. 379, 1882), Woodnet (*Journ. of nervous and mental diseases*, oct. 1884), Anché (*Revue de Médecine*, 1890), et Lépinasse et Morgan (*The Lancet*, 15 janvier 1889). Y compris le fait de Gerhardt et celui de Senator, on connaît 20 cas d'érythromélalgie dont 5 seulement chez des femmes.

Certaines observations rapportées par d'anciens auteurs sous le titre d'érythèmes chroniques fixes ou habituels diffus doivent très vraisemblablement rentrer dans l'érythromélalgie. Celle-ci est exactement le contraire d'une autre angionévrose, l'asphyxie locale des extrémités de Raynaud, qui se caractérise par un spasme, un retrécissement des vaisseaux, et se rencontre surtout chez la femme.

III. — Fille de 50 ans, atteinte d'érythromélalgie depuis 1887. L'affection a débuté par des douleurs et du gonflement d'abord dans les pieds. Les mains dans toute l'étendue de leurs 2 faces, sont rouges et gonflées ainsi que les doigts. La rougeur n'est pas toujours aussi intense en tout temps, mais elle est toujours plus accentuée à la paume. En même temps, il y a une sensibilité douloureuse horrible au point de troubler même le sommeil ; le lavage des mains, l'écriture provoquent de la douleur. Souvent la sensation douloureuse est précédée de tiraillements, d'engourdissements ; elle augmente ensuite graduellement et finit par gagner la totalité du membre supérieur jusqu'au cou. Elle est réveillée non seulement par la pression des doigts ou des mains, mais aussi par la pression des muscles et des nerfs du membre supérieur et du creux susclaviculaire. Les souffrances sont plus grandes quand il vente. L'immersion des mains dans l'eau froide ne procure qu'un soulagement passager, suivi de recrudescence des douleurs. Le gonflement disparaît en hiver ; la malade a en permanence la sensation que ses doigts sont rembourrés. Sensibilité normale, pas d'atrophie musculaire. Les occupations de la malade l'obligeaient à se tenir debout, presque toute la journée. elle dut y renoncer au bout de 4 mois à cause de la tuméfaction et de la rougeur des talons et de la plante des pieds et orteils qui l'empêchaient de se chausser. Ménopause, il y a 3 ans, où elle eut un zona thoracique. Dans les derniers temps, l'état des pieds s'est considerablement amélioré ; il ne reste plus qu'un peu de rougeur et de gonflement au-dessous des orteils, et la marche est indolore.

IV. — Henoch a soigné, il y a une vingtaine d'années, un fonctionnaire très fatigué.

Durant une cure à Schlangenbad, il avait été pris d'une hémiplégie gauche à la fois motrice et sensitive qui disparut au bout de quelques semaines; mais, dès lors, il ne sua plus que de ce côté, souvent même au repos. Six mois plus tard, apparut une érythromélalgie limitée au pied gauche, puis de violents accès d'angine de poitrine, entre autres signes d'artériosclérose; enfin de l'albuminurie et mort par hémorragie cérébrale. Dans ce cas donc, l'érythromélalgie semble être d'origine centrale, à en juger par la succession des phénomènes morbides.

Koch a observé, l'hiver dernier, trois hommes atteints d'érythromélalgie limitée aux deux talons : douleur, rougeur, tuméfaction et chaleur, survenues sans cause appréciable et concentrées à la partie postérieure des calcanéums; les pressions profondes étaient moins douloureuses que les superficielles. L'affection se produisait sous forme d'accès débutant par la sensibilité et la rougeur.

Landgraf a observé de l'érythromélalgie chez une femme de 28 ans soignée un an auparavant pour un myxœdème. L'index droit était le siège de douleurs et de rougeur extrêmes et d'un peu de gonflement. Croyant à un début de panaris, il fit une incision. Six mois plus tard, ce fut le tour de l'index gauche. Au bout de deux à trois semaines, les douleurs, la rougeur et la tuméfaction disparurent, mais la phalange terminale reste un peu volumineuse.

V. G. Lewin relève le fait que l'érythromélalgie n'est encore décrite dans aucun des traités de dermatologie et de neurologie, seul, Seeligmüller la signale sous le nom de paralysie des nerfs vasomoteurs. On

n'en trouve pas même le nom dans le gigantesque Index-Catalogue américain qui comprend déjà 20,000 pages. Cela tient à ce que ce n'est pas une affection *sui generis*. Des 4 symptômes fondamentaux qui la constituent : rougeur, douleur, siège de prédilection aux extrémités et disposition symétrique sur les 2 côtés du corps, une ou même plusieurs font défaut dans les 33 observations dépouillées par Lewin. L'analyse de ces cas montre qu'on peut en revanche les faire rentrer dans d'autres groupes morbides bien connus, tels par exemple que les angioparésies ou érythèmes persistants, soit idiopathiques, soit traumatiques, soit thermiques, soit enfin réflexes.

Pour Eulenburg également, l'érythromélalgie n'est pas une entité morbide, mais bien un symptôme d'origine centrale. Il cite deux faits à l'appui. L'un est celui de Gerhardt. Eulenburg observe cette femme depuis trois mois. Les phénomènes locaux ont de plus en plus rétrocédé et ne répondent plus à l'érythromélalgie. Les mains et les pieds sont indolores, mais froids, livides ou marbrés de bleuâtre; par places, il existe un peu de diminution de la sensibilité cutanée. En même temps sont apparus les signes d'une affection cérébrale grave portant surtout sur les facultés psychiques : d'abord céphalée et douleurs de nuque violentes, insomnie, vertiges, démarche titubante, sensations anxieuses variées, puis affaiblissement progressif de l'intelligence et de la mémoire aboutissant au delire et aux hallucinations.

L'autre fait concerne une femme dans la trentaine, de famille névropathique et ayant eu une chloro-anémie grave. Chez elle, l'érythromélalgie a débuté à 20 ans, à la suite d'un accouchement, par de violentes crises névralgiques, avec chaleur ardente, gonflement, aspect luisant et sentiment de tension des mains; le moindre travail des mains et l'approche des règles exacerbaient tous ces symptômes. D'autre part, cette maladie offrait la dystrophie juvénile d'Erb au niveau des muscles des bras et des épaules. Pour Eulenburg, le siège de l'érythromélalgie, comme celui de la maladie de Raynaud, doit être cherché dans la moelle, et ce syndrome morbide être rapproché de la syringomyélie cervicale ou maladie de Morvan, qui a pour point de départ les cornes latérales et postérieures grises de la moelle cervicale. L'érythromélalgie représente l'hémicranie angioparalytique par opposition à l'asphyxie symétrique qui correspond à l'hémicranie angiospasmodique.

Henoch cite un fait qu'on peut rapprocher de l'érythromélalgie d'origine périphérique et réflexe, par opposition à celui qu'il a relaté plus haut, comme étant d'origine centrale. Un enfant qui faisait ses premières dents présentait de temps en temps une rougeur sombre, un gonflement œdemateux, très douloureux des oreilles; tous ces phénomènes disparurent, la dentition terminée. Tordeus a publié un cas identique.

A. Baginsky a observé un cas d'érythromélalgie chez un garçon de dix ans, très nerveux; par instants, il offrait brusquement de la rougeur et de la douleur au niveau des doigts des deux mains.

Contrairement à Lewin, Senator estime qu'il est impossible de faire rentrer dans les érythèmes, les cas typiques d'érythromelalgie, ne serait-ce qu'à cause des violentes névralgies qu'on n'observe jamais dans l'érythème quel qu'il soit.

VI. — Aubergiste, artérioscléreux, atteint de démence paralytique. Huit semaines avant la mort, amenée par une bronchopneumonie, il fut pris brusquement de violentes douleurs dans les talons, lui rendant impossible la station debout et le contact des couvertures du lit. Au bout d'un certain nombre de jours, apparurent de la rougeur et du gonflement. Machol crut à un début de gangrène, mais l'état resta stationnaire jusqu'à la fin. J. B.

Ueber einige motorische Schwäche und Reizzustande (Sur certains états pathologiques caractérisés par des troubles moteurs irritatifs ou paralytiques, par FÜRSTNER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank*, *XXIV*, 2, *p.* 291).

Fürstner publie trois observations de malades qui présentaient des troubles psychiques analogues à ceux qu'on observe dans les cas d'agoraphie. Trois de ces malades étaient des barbiers qui se trouvaient dans l'impossibilité de raser sous l'influence de certaines impressions sensorielles, par exemple en présence d'un client mis avec élégance et dont la peau était particulièrement lisse. Dans ces conditions les malades était pris d'une certaine angoisse, de faiblesse et de tremblement du bras droit; le tremblement ne faisait que s'exagérer lorsque par un effort de volonté les malades cherchaient à le maîtriser.

Une quatrième observation concerne un chef d'orchestre qui, sous l'influence d'impressions analogues, était dans l'impossibilité de diriger ses musiciens.

Enfin une cinquième observation concerne un médecin qui par moments était pris d'une grande frayeur lorsqu'il devait signer son nom en présence d'autres personnes, ce qui le mettait dans l'impossibilité momentanée d'écrire. Tous ces désordres sont d'origine corticale, d'après Fürstner.

Deux autres observations sont d'une interprétation plus difficile ; elles concernent des vieillards, qui, d'une manière soudaine et sans traumatisme antécédent ont été atteints d'une parésie du bras droit avec tremblement à vastes oscillations de l'avant-bras et de la main. Chez l'un de ces deux malades il y avait un émoussemement de la sensibilité, dans le bras parésié, qui allait en diminuant de l'extrémité de la main vers la racine du membre. L'autre malade avait de l'anesthésie du membre supérieur droit ; plus tard, il a eu de l'hémianesthésie du côté droit.

L'auteur insiste sur la ressemblance étroite que présentaient ces deux cas avec l'hystérie traumatique. A son idée, il s'agit également dans ces cas de troubles fonctionnels d'origine corticale.

Finalement Fürstner relate trois observations de tremblement unilatéral à petites oscillations avec parésie également unilatérale ; démarche et attitude rappelant celles de la paralysie agitante, mais sans évolution progressive des accidents. E. RIEKLIN.

Les neurasthénies locales, par HUCHARD (*Arch. gén. de méd., décembre* 1892).

Comme l'hystérie, la neurasthénie peut se traduire pendant un temps plus ou moins long par un seul accident périphérique ou viscéral.

La neurasthénie locale, périphérique prend surtout la forme douloureuse. Les douleurs ont comme caractère important de n'être presque jamais augmentées par la pression et de ne pas suivre le trajet des filets nerveux.

La neurasthénie peut aussi se localiser dans un organe et donner lieu à la neurasthénie gastrique, cardiaque, etc.

Pour reconnaître la nature de la maladie, il faut en rechercher les trois stigmates principaux qui sont : l'asthénie neuro-musculaire, les miopragies fonctionnelles, et l'état cérébral des sujets. RICHARDIÈRE.

Neurasthénie, par Albert MATHIEU (*In*-16, *Paris*, 1892).

Ce livre est, comme l'indique son titre, une monographie complète de la neurasthénie ; mais une analyse étant surtout destinée à signaler les

parties originales des travaux auxquels elle est consacrée, il ne sera question ici que des conceptions par lesquelles le livre de A. Mathieu se distingue de ceux de ses devanciers.

Parmi ces conceptions il en est une qui présente un intérêt spécial, c'est celle qui a trait aux rapports de la neurasthénie et de la dyspepsie. Pour l'auteur, la neurasthénie est le fait primitif, la dyspepsie lui est subordonnée, ni l'entéroptose, ni la dilatation de l'estomac, ni l'auto-intoxication d'origine stomacale n'ont la portée générale qu'on leur a attribuée. La neurasthénie est un état de faiblesse irritable du système nerveux indépendant d'une lésion, d'un trouble de la nutrition ou d'une auto-intoxication déterminée.

S'élevant contre la tendance qu'ont eue la plupart des auteurs à multiplier hors de propos les formes de cette affection, Mathieu pense qu'il faut surtout examiner si la neurasthénie est simple ou accompagnée soit de signes accusés de dégénérescence, soit des stigmates d'une ou plusieurs autres névroses ; dans cet ordre d'idées, le chapitre consacré à l'hystéro-neurasthénie est particulièrement intéressant. A côté de celui-ci il faut placer celui qui a trait aux « frontières de la neurasthénie ». — Pour Mathieu les rapports qui unissent la neurasthénie aux différentes névroses et à l'arthritisine sont des plus intimes. Si la neurasthénie peut être le premier chaînon d'une série morbide héréditaire, elle peut aussi être un chaînon intermédiaire. C'est avant tout la prédisposition congénitale, souvent héréditaire qui est sa grande condition pathogénique, tout le restant n'est que secondaire et occasionnel dans son étiologie : rein mobile, maladies de l'appareil génital, grandes secousses morales, etc... La dyspepsie est un facteur et un symptôme de la neurasthénie, elle n'en est pas la cause première. Mathieu étudie d'ailleurs avec un soin tout particulier la dyspepsie dans la neurasthénie avec ses trois formes principales : 1° dyspepsie nervo-motrice avec ou sans hypochlorhydrie (dyspepsie gastro-intestinale à prédominance atonique); 2° hyperchlorhydrie ; 3° dilatation avec stase, et à ce propos donne son avis sur quelques-uns des procédés employés pour l'analyse du suc gastrique. La thérapeutique de la neurasthénie doit s'inspirer des causes qui ont amené cette affection; les agents médicamenteux ne tiendront qu'un rang secondaire, le premier rang sera réservé aux moyens hygiéniques et physiques. PIERRE MARIE.

Hysterical peripheral neuritis, par J. S. BRISTOWE (*Brit. med. j., p.* 1098, 19 *novembre* 1892).

A propos d'une revue sur la névrite périphérique, Bristowe signale le fait suivant :

Femme de 20 ans, fille d'une mère hystérique. A l'âge de 9 ans, elle se heurte le petit doigt de la main gauche, qui devient douloureux et gonflé ; l'impotence fonctionnelle s'étend au poignet, qui reste douloureux pendant plusieurs mois. Depuis cette date, retour de crises deux fois par an, avec gonflement et hyperesthésie de l'avant-bras, durant chaque fois de 5 à 7 semaines.

On constate une rougeur livide de l'avant-bras et des doigts, de l'hyperesthésie au contact, de la thermoanesthésie, bref, une dissociation syringomyélique de la sensibilité. Pas de troubles trophiques cutanés, mais un notable degré d'atrophie musculaire.

Traitement inefficace par les courants continus : amélioration par les bains de bras chauds permanents. H. R.

Syndrôme hystérique simulateur de la sclérose en plaques, par COCHEZ (*Arch. de neurol., novembre* 1892).

Homme, 44 ans, issu de parents nerveux, de caractère emporté, ayant fait des excès alcooliques et vénériens, est pris d'attaques d'apoplexie, à trois reprises différentes, la première fois, consécutivement à une chute de cheval, la seconde, à la suite d'un vertige étant encore à cheval, et la troisième après des libations exagérees. Pendant plusieurs semaines, après ses deux premières attaques, il a des hallucinations et du délire des persécutions. Amené à l'hôpital à la troisième attaque, il est absolument muet, mais l'intelligence est intacte et il écrit assez couramment, hémiplégie et hémianesthésie gauches, cécité complète de l'œil correspondant. Malgré l'absence d'attaques antérieures d'hystérie, on conclut à cette maladie, à cause des caractères de l'aphasie; mais, un tremblement intentionnel s'étant développé plus tard, on pouvait songer à la sclérose en plaques, à cause de ce tremblement, des troubles de la parole, des vertiges, des attaques apoplectiformes et des troubles oculaires caractérisés par une amaurose monoculaire. Cochez discute le diagnostic et montre qu'il s'agissait de l'hystérie chez ce malade, dont le mutisme et l'amaurose on disparu sous l'influence de la suggestion hypnotique. DESCOURTIS.

De la scoliose hystérique, par VIC (*Thèse de Paris*, 1892).

Ce travail repose sur l'étude de 7 observations et peut se résumer de la manière suivante : Il existe une scoliose hystérique, au même titre que la coxalgie, ou le mal de Pott hystériques ; elle consiste en une déviation latérale de la région dorso-lombaire du rachis ; la cause en est due à la contracture des muscles qui président aux mouvements d'inclinaison latérale du rachis, survenant brusquement chez les jeunes filles à la suite d'un traumatisme, d'une émotion morale, d'une fatigue ; elle peut durer de 8 jours à 4 mois ; l'anesthésie sous le chloroforme permettra de la différencier de toutes les variétés de la scoliose, et la guérison s'obtient par les moyens habituels, hydrothérapie, massage, hypnotisme, etc. H. L.

La phtisie aiguë, par DREYFUS-BRISAC et BRUHL (*In*-16, *Paris* 1892).

Ce livre est exclusivement consacré aux formes aiguës, à évolution rapide, de la tuberculose pulmonaire. A l'exemple des maîtres en phtisiologie, les auteurs en distinguent plusieurs variétés, suivant que la lésion anatomique se présente sous l'aspect de granulations miliaires ou de lésions parenchymateuses massives. Ils décrivent successivement la tuberculose miliaire à forme typhoïde, celle qui offre les allures d'une pyrexie atténuée, d'un catarrhe suffocant, d'une broncho-pneumonie, enfin d'une pleurésie aiguë. Dans les formes massives, se rangent deux catégories de faits cliniques, suivant que la lésion est circonscrite, (forme pneumonique) ou diffuse.

La seconde partie est consacrée à l'étude anatomique de la granulie et à son étiologie. Les auteurs mettent en relief ce fait qui domine l'histoire de l'infection tuberculeuse diffuse, à savoir que cette infection est presque toujours secondaire, consécutive à un foyer caséeux ancien qui devient

le point de départ d'une repullulation microbienne. Les conditions concomitantes tenant au sujet, à des maladies antérieures, aux associations microbiennes, sont passées en revue : il est à remarquer que l'hérédité n'a que peu de part dans la genèse de ces formes aiguës de tuberculose. La dissémination bacillaire se fait non par voie lymphatique, mais par voie sanguine. H. R.

Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose publiées sous la direction de VERNEUIL (*Tome III*, 2e *fascicule*, 1892).

1° *De la vaccination contre la tuberculose humaine par la tuberculose aviaire*, par *J. Héricourt et Ch. Richet.* — La tuberculose aviaire, par une série de cultures en bouillon liquide, se modifie peu à peu et devient dangereuse pour le chien; mais une injection préalable d'une faible dose de cette même bacillose, ou d'une tuberculose aviaire non modifiée par passages successifs le vaccine efficacement. La tuberculose aviaire vaccine également le chien contre la tuberculose humaine.

2° *De la transmission de la tuberculose par alimentation, cohabitation et hérédité*, par *P. Jousset.* — La tuberculose est certainement inoculable chez les animaux et contagieuse par les procédés de laboratoire, elle est difficilement inoculable à l'homme, et la généralisation de la tuberculose, après inoculation, est chez l'homme un fait tout à fait exceptionnel. La transmission de la tuberculose à l'homme par la chair et le lait des animaux tuberculeux n'est pas démontrée. La précaution de faire bouillir le lait est illusoire, parce que la simple ébullition est insuffisante pour stériliser le lait, et parce que le lait et le fromage fabriqués avec du lait tuberculeux sont inoculables comme le lait lui-même; la seule précaution utile à prendre contre la transmission de la tuberculose par le lait, est la surveillance sanitaire rigoureuse des vacheries. L'air contenant la poussière des crachats n'est contagieux ni pour l'homme ni pour les animaux, parce que dans l'acte physiologique de la respiration ces poussières ne pénètrent pas jusque dans les poumons. Des faits en nombre considérable semblent démontrer que la phtisie n'est pas transmissible par cohabitation. La différence entre les résultats de la clinique et ceux du laboratoire tient en partie à la différence des moyens employés pour la transmission de la tuberculose, mais surtout à la différence de réceptivité de l'homme et des animaux. Dans la transmission héréditaire, la tuberculose peut changer de forme, devenir plus bénigne ou plus maligne. L'importance exagérée accordée à la contagion au détriment de l'hérédité constitue un vrai danger public, parce qu'elle empêche de prendre les précautions hygiéniques propres à restreindre l'hérédité et à en diminuer les dangers.

3° *De la virulence des bacilles tuberculeux morts*, par *N. Gamaleïa.* — L'injection de bacilles tuberculeux morts peut, tout aussi bien que l'injection de bacilles vivants, provoquer une maladie chronique menant à la mort par l'amaigrissement extrême et la cachexie; avec des doses faibles, les effets sont moindres et plus lents, et peuvent devenir nuls; chez les animaux tuberculeux, l'injection de bacilles morts produit une intoxication aiguë se traduisant par une fièvre intense et quelquefois par la mort subite. Le bacille mort provoque l'apparition de tubercules aussi bien que le bacille vivant; les lésions sont volumineuses, grosses comme

une noisette quand les bacilles morts ont été injectés dans le péritoine sous la forme de grumeaux grossiers, généralement très petites et ayant l'aspect de granulations grises quand ils ont été préalablement très finement divisés de façon à former une suspension homogène. Ces lésions résultent de l'action d'une substance très toxique contenue dans le bacille mort,et leur volume de la quantité de cette substance qui est en raison directe du volume des amas de bacilles; le poison nécrosant contenu dans les bacilles ne s'échappe que lentement du corps bacillaire, retenu par une enveloppe peu perméable, excessivement résistante vis-à-vis des sucs destructeurs de l'organisme animal.

4° *Etude histologique sur quelques lésions du foie dans la tuberculose expérimentale du cobaye,* par *Pilliet.* — Chez des animaux ayant succombé rapidement à la suite d'injections sous-cutanées ou intra-péritonéales de cultures pures de bacilles de la tuberculose humaine, Pilliet a trouvé dans le foie des masses blanches opaques, corticales ou profondes, présentant l'aspect caséeux et formées en réalité par des cellules à l'état de nécrose de coagulation dans un ou plusieurs lobules avec, dans les cas où ces nodules sont très volumineux, un commencement de prolifération cellulaire, et la transformation des trabécules hépatiques en néo-canaux biliaires comme dans les cirrhoses. En outre, on trouve parfois des traînées d'un gris rosé dues à une hépatite interstitielle diffuse, à une sclérose aiguë, qui englobe l'espace porte, détruit assez rapidement la veine, entoure l'artère et le canal biliaire d'un anneau fibreux; cette hépatite est constituée par du tissu proliféré, avec de nombreuses cellules fixes et des cellules émigrées en quantité très variable; elle se propage à sa périphérie par les vaisseaux, qui sont élargis, bourrés de leucocytes et de cellules multinucléées et dont les parois semblent s'organiser en jetées conjonctives; la sclérose forme des nodules arrondis quand les espaces portes sont coupés perpendiculairemant; dans les formes aiguës, il n'y a pas d'enkystement des lésions et le centre n'est pas caséeux; dans les formes moins aiguës, les cellules géantes centrales sont plus fréquentes, tous les éléments de l'espace porte sont par place en fusion caséeuse, mais la périphérie des lésions ne s'enkyste pas encore, les blocs de parenchyme nécrosé tendent plutôt à se séquestrer. En somme, quoique ces lésions soient au début très différentes des lésions ordinaires de la tuberculose, elles tendent à former des nodules, à se caséifier et à s'enkyster quand l'infection est ralentie. On voit donc que la tuberculose peut se traduire par une grande série de lésions, dont aucune, prise isolément, n'est spécifique, avant d'arriver à la production d'un tubercule enkysté.

5° *Etiologie et pathogénie du lupus,* par *H. Leloir.* — Le lupus résulte le plus souvent de l'inoculation directe par la voie externe, ou de l'inoculation directe par contiguïté par des foyers tuberculeux profonds; il peut encore résulter de l'introduction dans la peau du virus tuberculeux puisé par les lymphatiques ou les veines dans un foyer tuberculeux plus ou moins éloigné, ou être déterminé par une infection tuberculeuse d'origine hématique, ou encore avoir une origine héréditaire.

6° *De l'inoculation et de l'auto-inoculation tuberculeuses consécutives aux plaies par morsure,* par *Jeanselme.* Observation d'une femme mordue à l'index par une épileptique phtisique et ayant au siège de la

morsure, qui ne s'était jamais cicatrisée, une ulcération reposant sur un nodule offrant l'aspect d'un tubercule anatomique, et des gommes en série linéaire sur la face dorsale de la main, et atteinte de tuberculose pulmonaire à marche subaigüe, ayant débuté quelques mois après la morsure; pas d'examen histologique des lésions cutanées. Jeanselme attribue la rareté des inoculations tuberculeuses par morsure à l'excessive rareté des morsures d'homme à homme; il rapproche de ce fait les cas d'auto-inoculations tuberculeuses sur des morsures de la langue; il conclut que les morsures faites par un tuberculeux sur autrui ou sur lui-même, doivent être considérées comme des plaies virulentes et traitées comme telles.

7° *De la tuberculose expérimentale chez les lombrics*, par *Lortet et V. Despeignes.* — Les lombrics peuvent être infectés dans leurs divers organes et spécialement dans leurs organes génitaux, par le bacille de Koch introduit par la voie digestive, en mêlant des crachats tuberculeux à la terre dans laquelle ils vivent. Le bacille de Koch ne développe pas chez les lombrics des productions comparables aux tubercules, il s'infiltre seulement dans les tissus. Les organes de lombrics nourris avec des matières tuberculeuses, ou leurs déjections, inoculées à des cobayes, rendent ces animaux tuberculeux. Il est possible que les lombrics deviennent des agents de dissémination tuberculeuse en ramenant à la surface de la terre, avec leurs excréments, des bacilles recueillis sur les cadavres des tuberculeux enfouis dans les cimetières.

8° *Tuberculose pulmonaire et affections du cœur gauche*, par *H. Caenens.* — Il n'y a pas antagonisme dans l'origine de la tuberculose pulmonaire et des lésions du cœur gauche, mais antagonisme dans leur évolution commune : leur développement n'est pas parallèle; lorsque l'une progresse, l'autre reste stationnaire et peut même entrer en voie de régression. L'endocardite tuberculeuse peut devenir l'origine de maladies de cœur véritables; mais le cœur n'intervient pas dans le développement de la tuberculose.

9° *Tuberculose rétro-malléolaire*, par *Clado.* Reproduction d'une communication au deuxième Congrès de la tuberculose, 1891.

10° *De la méthode sclérogène dans les ostéo-arthropathies tuberculeuses*, par *Lannelongue.* Reproduction d'une communication au Congrès de chirurgie.

11° *Même sujet.* par *Dubois, Iscovesco, Coudray.*

12° *De la lymphangite tuberculeuse et particulièrement de sa forme angiectasique*, analyse de la thèse de doctorat de *Goupil*, par *Lejars.*

GEORGES THIBIERGE.

Remarks on a case of aspergillar pneumomycosis, par Robert BOYCE (*The Journ. of Pathology and Bacteriology, p.* 16 ,1892).

Dans le sommet d'un poumon provenant d'une femme morte d'affection cardiaque, on trouva de petites masses blanchâtres analogues à des tubercules calcifiés. Elles étaient formées exclusivement d'un mycélium dont les rameaux se disposaient sous la forme d'un éventail. En même temps, il y avait dans les petites bronches une matière brun noirâtre constituée par des spores et de nombreux conidifères. Autour de ces foyers aspergillaires, on constatait des îlots de pneumonie rouge carac-

térisée par une accumulation de macrophages au milieu desquels on pouvait apercevoir des fragments d'aspergillus. En résumé, l'aspergillus fumigatus est susceptible de produire chez l'homme une variété particulière de pseudo-tuberculose. BOULLOCHE.

Fausses défervescences dans la pneumonie franche, par COMTE (*Thèse de Paris*, 1892).

Dans le cours d'une pneumonie franche aiguë, il peut se produire une apyrexie passagère. Ce n'est qu'une fausse défervescence, puisque les symptômes importants de la maladie persistent, et que l'évolution pneumonique suit son cours. Le pouls et les urines ne se modifient pas conformément à la perturbation thermique. Le phénomène se produit le plus ordinairement dans la nuit du 4e au 5e jour, ou du 5e au 6e. Il dure douze ou dix-huit heures. On l'a vu se renouveler deux fois dans le cours de la même pneumonie. Cette perturbation est importante à connaître, car elle pourrait en imposer pour une affection paludique, ou une manifestation tuberculeuse. GIRODE.

Ein Beitrag zur Aetiologie und Pathologie der Pleuritis, par Louis-Ferdinand de BAVIÈRE (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *L*, *p.* 1, 1892).

La plupart des pleurésies séreuses sont stériles, mais la plupart des exsudats stériles sont de nature tuberculeuse. Il existe des exsudats séreux contenant des microbes pyogènes purs et qui, cependant, restent séreux; il faut faire, pour ce dernier cas, une exception pour le streptocoque. La plupart des empyèmes sont causés par le streptocoque pyogène; mais des empyèmes peuvent aussi être dus à d'autres microbes pyogènes. Il faut donc considérer l'empyème comme le produit d'une colonisation microbienne dans la plèvre.

La plupart du temps, l'infection plurale fait suite à une lésion du tissu pulmonaire, qui rend possible la pénétration dans la plèvre des germes pathogènes, qui ont causé la lésion pulmonaire, ou qui l'ont simplement accompagnée. On doit donc reconnaître la possibilité de la production d'une pleurésie exsudative à la suite d'une action toxique ou mécanique.

Au point de vue du traitement : toutes les pleurésies à streptocoques, que ce microbe y soit pur ou associé à d'autres germes, doivent être traitées par la thoracotomie avec résection costale, même si elles sont séreuses, dès que le diagnostic bactériologique est établi, car la métamorphose purulente est certaine, et le pus constitue un bon milieu de culture pour le streptocoque.

Dans les empyèmes à pneumocoque et à streptocoque, surtout pour le premier, il faut une conduite plus expectante, car le danger de la septicémie est moindre, et l'épanchement peut d'ailleurs se résorber spontanément. C. LUZET.

Ætiologie der Brustfellenentzundung (Étiologie des pleurésies), par JAKOWSKI (*Zeitsch. f. klin. Medicin*, *XXII*, *p.* 25-43).

Toutes les pleurésies sont microbiennes. Le refroidissement n'a jamais

qu'un rôle occasionnel. Les épanchements séreux ou purulents où l'on ne rencontre aucune bactérie sont ordinairement tuberculeux, comme le démontreront les inoculations, et surtout les inoculations faites avec le dépôt des parties déclives. Dans quelques autres épanchements purulents, ces bactéries manquent, soit qu'elles soient détruites au moment de l'examen, soit que la pleurésie résulte de l'action indirecte de leurs toxines.

La plus grande partie des pleurésies primitives, idiopathiques non tuberculeuses, sont produites par la bactérie de Frænkel. On trouve parfois des microcoques du pus et, en particulier, le streptococcus pyogènes. En ce cas, la tendance à la suppuration est beaucoup plus grande. Les pleurésies consécutives aux pneumonies sont dues à la bactérie de Frænkel qui forme parfois des cultures presque pures. Cette bactérie perdant vite son pouvoir pathogène, on s'explique leur évolution rapidement bénigne. Certains épanchements purulents résultent d'une infection mixte et renferment, à côté du bacille tuberculeux ou typhique, d'autres bacilles pyogènes provenant des cavernes ou des ulcérations intestinales. Toutes les fois qu'un épanchement renferme ces bacilles pyogènes et surtout le streptocoque, l'évacuation devra être rapide et totale.

A.-F. PLICQUE.

Essai sur la grippe et les causes de ses épidémies, par Eugène DIDIER (*Thèse de Paris*, 1893).

Travail incomplet au point de vue bactériologique, mais riche en documents relatifs aux anciennes épidémies grippales. Des essais de culture auxquelles s'est livré l'auteur, il résulte que l'agent pathogène de la grippe est un microbe analogue au pneumocoque, peut-être même une simple transformation de ce microbe. Il est à remarquer que la diplobactérie observée par Didier ressemble à celle décrite par Pfeiffer, Babès et Kirchner, mais elle en diffère en ce qu'elle se colore bien par la méthode de Gram. Cette distinction est-elle suffisante pour légitimer une nouvelle espèce?

Les conditions qui créent l'épidémie, pour Didier, sont surtout cosmiques. Des perturbations barométriques brusques et des abaissements de pression considérables, une humidité et une chaleur anormales de l'atmosphère au printemps ou pendant l'hiver sont évidemment des causes de diffusion du microbe : les grands froids sont nuisibles à l'expansion de la grippe. Mais le facteur le plus important de propagation est la contagion.

H. R.

Note sur 6 cas d'impaludisme ancien réveillé par la grippe, par GRENIER (*Arch. gén. de méd., septembre* 1892).

Grenier a observé plusieurs cas de grippe (6 cas) suivis de rappel de fièvre intermittente. Aucun des paludéens soignés par lui (sauf un) n'a échappé à ce réveil de la diathèse.

Le paludisme ne paraît rien changer à la marche de la grippe.

Dans tous les cas, la fièvre a présenté le type quotidien et s'est montrée pendant la convalescence.

RICHARDIÈRE.

I. — Studien zur Physiologie und Pathologie des Blutes und der Lymphe, par LOEWIT (*In-8, Iéna*, 1892).

II. — Experimentelle Untersuchungen... (Recherches expérimentales sur les conditions où l'on rencontre la leucocytose et sur son importance diagnostique), par SCHLULZ (*Deut. Arch. f. klin. Med., LI, p.* 234, 1893).

I. — Löwit, pour se procurer de la lymphe chez le lapin, met à nu le canal thoracique à son embouchure dans la veine sous-clavière gauche, et y passe une canule. Mais il faut s'assurer que l'on ne perd pas une certaine partie de la lymphe et que ce liquide ne se mélange pas à ceux qui proviennent de la plaie. En moyenne il faut 3, 5 à 10 minutes pour obtenir un centimètre cube de lymphe; on peut, mais il faut s'en abstenir, augmenter l'écoulement en comprimant le ventre de l'animal.

Le nombres des leucocytes dans le sang de la veine de l'oreille du lapin est d'ordinaire de 10,000 par millimètre cube, il oscille entre 10 et 13,000, rarement il atteint 16,000 souvent sur les animaux attachés et tombe entre 9,000 et 4,000. Normalement le nombre des leucocytes polynucléés l'emporte sur celui des leucocytes uninucléés et ce fait est encore plus frappant si l'animal a été attaché longtemps : preuve qu'il y a arrêt de l'apport des leucocytes jeunes. Par contre l'entravement de 'animal ne modifie guère la teneur de son sang en globules rouges. Il faut probablement rapporter ce fait au refroidissement, car on le provoque en refroidissant l'animal dans la glacière. Löwit propose le nom de *leucopénie*, pour désigner la pauvreté du sang en leucocytes.

Il existe d'autres états où la diminution du nombre des leucocytes est plus marquée encore par suite de leur destruction. Cette destruction est désignée par l'auteur sous le nom de *leucolyse*. On peut produire la leucolyse en injectant dans la circulation certaines substances : telles sont l'hémi-albumose, la peptone, la pepsine, la nucléine, l'extrait de sangsue, des protéines bactériennes (pyocyanine, tuberculine de Koch), du curare, de l'urée, de l'acide urique et de l'urate de soude. Le sang dans la leucolyse diffère de ce qu'il est dans la leucopénie en ce sens que les leucocytes polynucléés diminuent de nombre beaucoup plus vite que les leucocytes uninucléés. Il n'y a pas en effet diminution de l'apport de leucocytes nouveaux; mais destruction massive d'un plus ou moins grand nombre des leucocytes circulant et sous ce rapport les uninucléés paraissent plus résistants que les autres. On peut même arriver à les détruire tous, puisque Löwit, dans une expérience, compte avant l'injection de 1 gramme d'hémialbumose 14,500 leucocytes et après seulement 749.

Quel rapport existe-t-il entre la leucolyse et la leucocytose? Si on suit la réparation du sang après une injection de peptone, on voit s'accroître d'abord le nombre des leucocytes uninucléés, puis celui des polynucléés. Cette réparation commence dès les premières minutes et elle produit au moins passagèrement une leucocytose très supérieure à ce qu'on avait trouvé auparavant. La leucocytose et la leucolyse ont entre elles une relation de cause à effet, dit Löwit, c'est-à-dire que la leucocytose est la conséquence de la destruction préalable d'une grande quantité de leucocytes. Les leucocytes ainsi produits sont donc d'une moindre résistance aux agents physiques : Ainsi le sel marin les détruit

et même la simple exposition du sang à l'air avant la numération a permis dans un cas de n'en retrouver que 7,900 sur 35,000.

Par quel mécanisme se produit la leucocytose dans ces cas. L'examen de la lymphe du canal thoracique et du sang provenant de la rate et de la moelle des os permet d'y répondre. Dans la lymphe du canal thoracique on peut par la pression progressive du ventre, voir le nombre des lymphocytes monter de 32,000 à 45,000, 82,000 et même 126,000. Si on examine la lymphe après l'injection d'une substance leucolysante, on note l'augmentation passagère du nombre des lymphocytes ; il en est de même dans le sang des veines de la rate et des os. Löwit ne croit donc pas pouvoir admettre avec Rieder qu'il y ait là, non une vraie leucolyse, mais une distribution irrégulière des leucocytes, une rétention de ces cellules dans certains territoires vasculaires. On peut d'ailleurs provoquer la leucocytose même dans le sang privé de leucocytes, sans qu'il y ait dans le liquide de substances à action chimiotaxique. Löwit pense que dans toutes les formes de leucocytose il y a eu comme cause commune une disparition préalable ou une diminution de nombre des globules blancs du sang. Ainsi sont la leucocytose post-hémorragique, qui a été précédée d'hydrémie, celle de la digestion précédée de peptonémie, celle des cachexies, celle des inflammations, celle des nourrissons, où il y a dans le sang des substances leucolysantes. Il croit pouvoir définir la leucocytose : une augmentation passagère des leucocytes de tout le sang, causée par une diminution préalable de ceux-ci sous l'influence d'agents variés, provoquant le passage dans le sang de lymphocytes formés dans des organes spéciaux. Löwit se demande s'il ne serait pas utile d'employer dans la leucénie l'effet de ces substances leucolysantes.

Dans cette rapide rénovation du sang il existait une occasion de rechercher s'il y avait multiplication des leucocytes par mitose dans le sang, comme le pensent Spronck et Prins, et Rieder. Löwit la nie entièrement ; s'il y a quelques mitoses dans le sang de la veine splénique, elles appartiennent à des érythrocytes. C'est dans les lymphocites que l'on en rencontre dans ces conditions.

Dans la leucocytose du lapin, les matières colorantes ont montré à Löwit qu'il existe entre les formes à granulations α d'Ehrlich et celles à granulations γ tous les intermédiaires, mais non avec les granulations β. Il semble donc que les globules blancs aient ici une double origine.

Si on produit la leucolyse et qu'on injecte ensuite un sel de chaux, on produit fatalement une coagulation intra-vasculaire.

De toutes les substances leucolysantes, l'extrait de sangsue est la seule qui fasse disparaître momentanément les plaquettes de sang. On pourrait voir là une action spéciale sur ces organismes ; mais Löwit ne croit pas devoir s'y arrêter, car il considère les plaquettes comme un élément n'existant pas dans le sang en circulation, mais comme un produit de précipitation. Il dit en effet avoir trouvé, dans du sang ainsi débarrassé de plaquettes et laissé au repos dans un vase, des plaquettes en grande quantité, après quelques heures de repos. Evidemment Löwit prend pour des plaquettes, tout autre chose, probablement des corpuscules d'exsudation.

Toutes les substances leucolysantes expérimentées par l'auteur sont lymphagogues c'est-à-dire produisent une accélération du courant de

lymphe. Et sous ce rapport Löwit est arrivé à des résultats analogues à ceux de Heidenhain : 1° augmentation des substances organiques dans la lymphe qui coule plus aisément ; 2° le sérum du sang s'appauvrit en substances organiques. Les quelques différences trouvées tiennent vraisemblablement aux animaux utilisés : chien par Heidenhain, lapin par Löwit.

II. — Ce travail est destiné à contrôler les données fournies par Löwit (voyez ci-dessus). L'auteur étudie d'abord la leucocytose digestive. Chez les herbivores et les jeunes carnivores, où presque toujours l'animal est pris en pleine digestion, une prise d'aliments ne provoque aucune leucocytose ; on peut la faire apparaître si on soumet à un jeûne préalable ces animaux avant de leur donner à manger. Chez l'homme et les carnivores adultes, où les prises d'aliments se font à longs intervalles réguliers, une grande prise d'aliments provoque presque toujours une leucocytose, dont le maximum se place dans les 3 heures qui suivent le repas. Il n'y a pas de leucocytose due à l'apport de leucocytes normaux provenant de l'appareil lymphatique ou des viscères abdominaux, les leucocytes nouveaux proviennent d'autres parties du système circulatoire et sont entraînés mécaniquement par les modifications circulatoires, provoquée par la digestion.

Au sujet de la leucocytose inflammatoire, l'auteur ne croit pas prouvé qu'elle soit due à une multiplication absolue des globules blancs ; mais ses numérations, faites en différentes régions du réseau vasculaire, lui font croire que, dans les états que l'on considère comme des leucocytoses, les globules blancs subissent une multiplication apparente due à une autre distribution dans le système vasculaire ; distribution qu'il n'a d'ailleurs pas pu établir. Il croit que le mot leucocytose ne doit avoir qu'une signification locale ; qu'il est faux, si on considère la masse totale du sang. Le mot de leucolyse employé par Löwit pour désiger une diminution du nombre des globules blancs à la suite d'une injection de protéinne est faux, si on on lui attache l'idée d'une diminution du nombre des globules blancs. L'examen des préparations colorées de sang provenant des différents vaisseaux, montre que dans la leucocytose il s'agit de cellules qui existent depuis longtemps dans la circulation, et non de cellules produites dans les organes hématoporétiques.

Au point de vue de sa valeur diagnostique, Schulz croit que la nature et l'importance de la leucocytose et même des leucocytes, sont encore complètement inconnues. C. LUZET.

Ueber die atypische Blutbildung... (De l'hématopoièse atypique dans l'anémie pernicieuse progressive), par H. F. MÜLLER (*Deutsches Arch. f. klin. Med., LI, p.* 282).

Considérant que l'anémie pernicieuse est caractérisée par la présence dans le sang de globules rouges nucléés embryonnaires, ou mégaloblastes d'Erlich, et que ces corpuscules sont différents des globules rouges à noyau de l'adulte, Müller fait de l'anémie pernicieuse progressive une maladie primitive des organes hématopoiétiques, spécialement de la moelle des os, maladie dont l'existence est due à la réapparition dans cet appareil de cellules embryonnaires. Cette prolifération, agissant à la

façon d'une tumeur maligne provoquerait la cachexie et les lésions hématiques. Pour cet auteur donc, les lésions du sang sont secondaires, et la lésion médullaire primitive, ce qui lui permet de ranger l'anémie pernicieuse à côte de la leucocythémie. C. LUZET.

Ein Fall von Dextrocardie, par BERWALD (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 41, *p.* 1022, 10 *octobre* 1892).

Les faits de dextrocardie pure, reconnue pendant la vie, sont des plus rares. En 1887, Schroetter (*B. k. W.*, n° 25) n'en comptait que quatre. Le diagnostic de Berwald a été vérifié par l'autopsie.

Jeune homme de dix-sept ans, à hérédité tuberculeuse et très maigre. Dès l'âge de trois ans, on a remarqué l'affaissement de la paroi thoracique gauche. Aucune maladie antérieure, aucun traumatisme.

Asymétrie considérable du thorax, dont tout le côté gauche est moins développé (6 centimètres de moins que le droit). La face antérieure du côté droit de la poitrine est le siège d'un ébranlement manifeste à la vue et au toucher. Pas de matité cardiaque du côté gauche. Du côté droit, la matité absolue commence à la quatrième côte et se continue directement en bas avec celle du foie; vers la gauche, elle s'étend jusqu'au bord droit du sternum et vers la droite à un travers de doigt en dedans de la ligne mamelonnaire. Ni les inspirations profondes, ni les changements de position ne modifient les limites de la matité absolue. Bruits cardiaques infiniment plus forts à droite. Mort par tuberculose pulmonaire.

Autopsie : adhérence intime de la portion médiane de la face antérieure du péricarde au sternum. Le bord droit du cœur se trouve à 4 centimètres et demi à droite du bord sternal droit; le bord gauche du cœur à 1 ou 2 millimètres à gauche du bord sternal gauche. La limite inférieure du cœur se trouve dans le cinquième espace intercostal. La pointe du cœur est dirigée à gauche et se trouve derrière le sternum. Cœur de structure parfaitement normale, ainsi que les gros vaisseaux.

Ratatinement considérable des poumons, surtout du droit dont le bord antérieur n'arrive qu'à la ligne mamelonnaire; soudure de la plèvre pulmonaire droite à la paroi thoracique. Viscères abdominaux normaux (*R. S. M.*, XXXII, 161, et XXXIII, 511). J. B.

I. — Ursachen... des Herzspitzenstosses (Causes du choc de la pointe du cœur), par HILBERT (*Zeitsch. für klin. Medicin*, *XVII*, *p.* 87-104).

II. — Fuhlen des Spitzenstosses (Recherches du choc, etc.), par MARTIN (*Ibidem*, *p.* 208-211).

I. — H. démontre qu'il n'existe aucune théorie satisfaisante expliquant le choc de la pointe du cœur et ses variations normales ou pathologiques. Le choc normal paraît dû, pour la plus grande partie, aux modifications de dureté et de volume du cœur survenant pendant la contraction ventriculaire; pour la plus faible partie, au redressement des grands vaisseaux et de l'arc aortique. Ces éléments agissent au maximum dans le cas d'hypertrophie du ventricule gauche. Parfois, dans le cas de choc très marqué, on doit aussi invoquer le recul produit par le sang qui reflue des grands vaisseaux vers le cœur, la dilatation de ces vaisseaux terminée. Mais il n'y a jamais de vrai choc en retour. Dans certains cas (rythme du bruit de galop), la contraction exceptionnellement puissante de l'oreillette peut contribuer à augmenter le choc de la pointe.

II. — M. démontre que le choc de la pointe est senti dès son début et non à sa période d'acmé. Ce fait explique le long intervalle qui, dans l'insuffisance aortique, sépare souvent ce choc du pouls radial. Commençant dès la diastole, le choc est alors perçu dès la diastole. A.-F. PLICQUE.

Traumatische Endokarditis, par LUCHSINGER (*Münch. med. Woch.*, 18, *p.* 344 1893).

Un domestique de 25 ans, bien portant jusque-là, tombe de charrette à la suite d'une frayeur du cheval et se casse la cuisse en même temps qu'il se contusionne le thorax. De la fracture de la cuisse, qui était simple, rien à dire. La contusion du thorax ne paraît pas avoir produit de fracture de côtes et de ce côté tout alla bien jusqu'au 4e jour, où commença pendant la nuit de la dyspnée accompagnée de palpitations. On le trouva le lendemain matin avec : pulsation cardiaque violente, pouls petit, souffle systolique et diastolique à la pointe, frottement péricardique au niveau du ventricule droit. La dyspnée augmente pendant les jours qui suivent, il se produit même un peu d'épanchement péricardique et des frottemets pleuraux. Puis les phénomènes cardiaques s'amendèrent. C. LUZET.

Du rôle des poussées inflammatoires dans la genèse de l'asystolie liée aux affections organiques du cœur et des indications thérapeutiques qui en résultent, par L. BARD (*Lyon méd.*, 26 *février* 1893).

D'après l'auteur, dans l'immense majorité des cas, les obstacles mécaniques valvulaires qui entraînent l'asystolie sont ceux qui sont constitués par des lésions en activité inflammatoire, soit par le fait de poussées nouvelles secondaires, soit par le fait d'une inflammation initiale qui s'est perpétuée à l'état chronique sans jamais aboutir à la cicatrisation.

Qu'il s'agisse d'endocardites valvulaires, de myocardites interstitielles, d'aortites, le fait capital d'une modalité inflammatoire domine la pathogénie des troubles circulatoires. La fatigue du cœur résultant de l'obstacle à vaincre ne vient qu'en seconde ligne, au moins dans la plupart des cas.

L'asystolie, en elle-même, est d'origine inflammatoire. On peut cependant observer, à côté de ce type le plus ordinaire, l'asystolie purement mécanique et l'asystolie dégénérative.

Dans ces conditions, ce sont les phénomènes inflammatoires qu'il faut combattre par un repos complet, absolu, les cautérisations; la digitale ne doit être donnée qu'avec circonspection. A. C.

Ueber Lymphämie, par H. F. MÜLLER (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *L*, *p.* 49).

Les formes lymphatique, splénique et médullaire de la leucémie ne sont que l'expression d'un même processus morbide des organes hématopoétiques. Toutes les formes de leucémie sont susceptibles de se transformer l'une dans l'autre et un examen attentif et prolongé d'un cas de leucémie permet de saisir ce passage, comme l'a démontré Eisenlohr. L'examen du sang ne peut donc donner de renseignements sur l'organe primitivement affecté. L'auteur fait remaquer que, dans le cas qu'il publie et où le début s'est fait chez un paludéen à grosse rate, par des tuméfactions ganglionnaires à la suite d'un syndrôme clinique fébrile

(périsplénite ou pleurésie), une attaque d'influenza a eu pour conséquence de faire diminuer temporairement le volume des ganglions. Il se demande s'il n'y aurait pas dans l'injection d'un produit bactérien non toxique un moyen de modifier heureusement les organes hématopoiétiques.

C. LUZET.

Untersuchungen über die Pathogenese des Ulcus rotundum ventriculi... (Recherches sur la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac et sur l'influence des enzymes sur les tissus vivants et morts), par MATTHES (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XIII*, 2, *p.* 309).

Les enzymes capables de digérer l'albumine sont inactifs vis-à-vis des tissus vivants non lésés et sont incapables d'attaquer par cette seule propriété les cellules de l'organisme ; mais l'acide chlorhydrique du suc gastrique tue tout d'abord comme poison du protoplasma, les cellules du tissu qui est mis en rapport avec le suc gastrique. Ce n'est que consécutivement à cette nécrose que les cellules peuvent être dissoutes par les enzymes. Ce n'est donc qu'en apparence que Cl. Bernard a pu voir le suc gastrique digérer les tissus vivants. Les différents tissus de l'organisme se comportent différemment vis-à-vis de l'acide chlorhydrique. Son action nocive s'exerce sur les uns très fortement, sur d'autres à un degré moindre, sur d'autres enfin elle reste inactive. Ces différences sont dues vraisemblablement à une adaptation des cellules à leurs fonctions et aux conditions de leur vie.

La protection de l'estomac est donc fournie en première ligne par les particularités de son épithélium vivant organisé d'une façon spéciale. Le suc gastrique naturel, produit par l'auto-digestion de l'estomac agit sur beaucoup de tissus d'une façon moins irritante qu'un suc artificiel formé de pepsine et d'acide, peut-être parce que l'HCl existe dans le premier sous forme de combinaison lâche avec une substance organique quelconque. L'existence d'une hyperacidité et d'une hypercrinie du suc gastrique est donc une raison de la chronicité des ulcères simples de l'estomac. Ces conclusions sont tirées d'expériences faites sur le chien où l'auteur a lésé tantôt l'estomac, tantôt l'intestin et a exposé ces parties vivantes à l'action du suc gastrique naturel ou artificiel et des enzymes pancréatiques.

C. LUZET.

Formes aiguës de l'hypersthénie gastrique, par ROBIN (*Bull. méd.*, 26 *fevrier* 1893).

En de nombreux travaux on a décrit une variété de dyspepsie sous le nom de dyspepsie hyperchlorhydrique ; c'est une dénomination qui ne répond pas à une entité clinique précise. Aussi Robin préfère-t-il se servir du terme hypersthénie gastrique, qui peut être aiguë ou chronique.

L'hypersthénie aiguë se présente sous trois formes : H.... paroxystique d'origine névrosique ; H.... intermittente d'origine centrale ; H.... intermittente stomacale ou réflexe.

La première de ces formes, confondue fréquemment avec la migraine, reconnaît pour cause des excitations cérébrales répétées ; il suffit de les supprimer pour guérir l'affection.

La seconde forme est secondaire à une maladie des centres nerveux ;

la crise gastrique de l'ataxie en est un type. Le caractère de ces crises en général est de survenir à jeun. On les a également observées dans l'hystérie.

Enfin la troisième forme offre deux variétés : l'une alimentaire, qu'on note chez les individus qui font abus des aliments; et l'autre réflexe, dont l'origine doit être recherchée dans une affection de l'aorte, du cœur, de l'utérus, du foie. Des boissons abondantes et tièdes, la magnésie et le bicarbonate de soude atténuent les crises; comme traitement prophylactique, éviter les causes déterminantes et recourir à l'hydrothérapie qui ne doit être ni chaude, ni froide. OZENNE.

Zur Kenntniss der Magengährung... (Des fermentations stomacales et principalement des gaz de l'estomac), par HOPPE-SEYLER (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *L*, *p.* 82).

Souvent, dans la dilatation gastrique (treize fois sur vingt-deux cas), il se produit dans l'estomac un mélange gazeux composé de CO^2 et d'hydrogène. Ce mélange est combustible. La formation de l'H se fait aux dépens de la fermentation butyrique, elle n'est pas empêchée par une teneur du suc gastrique en HCl atteignant 0,2 0/0; mais l'absence d'HCl libre s'accompagne d'ordinaire d'une plus grande quantité de CO^2 dans le mélange gazeux. Dans la fermentation par la levure, il ne se produit que de l'acide carbonique. La plupart des levures contenues dans l'estomac (principalement la levure rose) ne donnent pas lieu à une production nette de gaz. Très souvent l'estomac ne contient qu'un mélange gazeux constitué par de l'air atmosphérique dégluti, méiangé d'un peu de CO^2, dégagé des carbonates par l'HCl. Lorsqu'il y a régurgitation duodénale, la quantité de CO^2 dans l'estomac augmente. Dans des cas douteux, l'analyse des gaz peut montrer, avec sûreté, si le ballonnement de l'estomac dépend des fermentations de son contenu, ou de la déglutition de grandes quantités d'air. Cette méthode d'exploration est facile et ne demande que peu de temps. C. LUZET.

Hefegahrung und Bildung brennbarer Gase im menschlichen Magen (Fermentation et formation des gaz du pyrosis dans l'estomac humain), par F. KUHN (*Zeitsch. für klin. Medicin*, *XXI*, *p.* 572-607).

La formation des gaz du pyrosis a lieu en même temps que la formation d'acide lactique et butyrique. Elle indique une stagnation et une insuffisance mécanique profonde. Bien que tous les liquides stagnants de l'estomac puissent donner des gaz, il n'est pas très rare de retirer d'un estomac dilaté deux à trois litres de liquide et de les conserver vingt-quatre heures sans qu'il s'en forme. La cause de cette non formation est inconnue.

Au début de l'analyse, on trouve souvent dans les gaz stomacaux des gaz hydrocarbonnés lourds, brûlant avec une flamme fuligineuse et qui ne se retrouvent pas dans les gaz formés quelques heures après.

Le développement des microrganismes qui amène la formation des gaz se fait avec une quantité d'acide chlorhydrique normale et même augmentée. L'effet parasiticide de l'acide chlorhydrique semble entravé par la présence des hydrocarbures en stagnation. Il suffit d'enlever par

la filtration ces hydrocarbures pour que la formation de gaz s'arrête aussitôt. On s'explique donc la production de ces gaz dans certaines affections stomacales avec hyperchlorydrie. A.-F. PLICQUE.

Sur une forme septicémique du cancer de l'estomac, par HANOT (*Arch. gén. de méd., septembre* 1892).

Observation de cancer de l'estomac s'accompagnant d'une hypertrophie considérable du foie. Cette augmentation du foie, sans propagation néoplasique secondaire, put être attribuée à une infection hépatique, d'origine gastrique. RICHARDIÈRE.

I. — Épanchement de liquide hydatique et de bile dans le péritoine, par DEBOVE et SOUPAULT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 *décembre* 1892).

II. — Au sujet des kystes hydatiques du foie ouverts dans le péritoine, et communiquant avec les voies biliaires, par LAVERAN (*Ibidem*, 16 *décembre* 1892).

I. — Une jeune fille de 17 ans entre à l'hôpital pour une ascite remontant à quinze jours, et dont le début avait été caractérisé par une très violente douleur à l'hypochondre droit, avec dysurie et ténesme. Debove crut à une péritonite tuberculeuse. Une ponction pratiquée quelques jours après amena l'issue de cinq litres de liquide ressemblant à un mélange de bile et de mucus; il crut alors à une vésicule biliaire dilatée. On fit une laparotomie, on trouva des points blancs sur des anses intestinales, et on crut à nouveau à la péritonite tuberculeuse. Une nouvelle ponction amena l'issue de 13 litres de liquide muco-bilieux, et l'examen microscopique y décela la présence de membranes hydatiques et de crochets.

II. — Un homme de 47 ans, alcoolique, présente en avril 1878, des douleurs au foie et de l'ascite. En janvier 1879, retour des douleurs ; on trouve une tumeur volumineuse qui remplit la région sus-ombilicale. En février, le malade est pris de vomissements et de hoquets ; on trouva une sensation de flot dans le ventre avec matité déclive ; une ponction donne issue à un liquide vert foncé, puis à un instant donné, comme on enfonce davantage le trocart, à une sérosité à peine teintée, il n'y a dans le liquide ni crochets, ni échinocoques, mais de l'albumine et de la bile ; trois mois après mort par œdème laryngé. A l'autopsie on trouve dans le ventre une grande quantité de liquide coloré en jaune, et on s'aperçoit qu'il est contenu dans un énorme kyste à paroi fibreuse, adhérant à la paroi antérieure de l'abdomen et au foie ; par son extrémité supérieure il communique avec un kyste intra-hépatique ; ce kyste fibreux renferme une grande poche hydatique à liquide peu coloré. Le foie très volumineux renferme : 1° un kyste dans le lobe gauche, communiquant avec le kyste abdominal par un large trajet, rempli d'hydatides caractéristiques, à parois teintes en jaune comme celles du grand kyste ventral ; 2° un grand kyste renfermant deux litres de liquide transparent comme l'eau de roche, et tapissé d'hydatides ; 3° un kyste gros comme une pomme ; 4° un kyste gros comme une noix renfermant une hydatide plissée et une bouillie ocreuse. Le liquide venant de la grande poche abdominale contenait bile, hématies, quelques crochets. Dans le grand kyste intra-hépatique, les échinocoques avaient leurs crochets et étaient vivants. H. L.

Alcuni casi di nefrite primaria acuta da dipplococco di Fränkel-Weichselbaum par S. PANSINI (*La Riforma medica, p.* 110, 125 *et* 134, 13, 14 *et* 16 *janvier* 1893).

Pansini rapporte quatre observations de néphrite aiguë primitive dont

trois doivent être rapportées au diplocoque de Fraenkel et l'autre soit à ce micro-organisme, soit au streptococcus pyogène. Il a constaté, d'autre part, que ces micro-organismes font défaut dans les urines de sujets atteints de néphrite chronique. Il fait remarquer que la néphrite était jusqu'ici la seule inflammation qu'on n'eût pas encore rapportée à l'action du diplocoque qui est la cause du développement des inflammations à frigore les plus importantes. GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude de l'albuminurie dite des adolescents (son origine arthritique), par C. LELION (*La médecine moderne, p.* 814, 17 *décembre* 1892).

L'auteur a observé plusieurs cas d'albuminurie chez des jeunes filles présentant des antécédents héréditaires d'arthritisme. Dans un cas qu'il rapporte avec quelques détails, une jeune fille ayant eu des épistaxis répétées et une tendance marquée au catarrhe bronchique avait des urines tantôt légèrement albumineuses, tantôt dépourvues d'albumine et renfermant alors un excès d'acide urique et parfois d'urée; l'albuminurie ne se produisait que lorsque la malade était hors de son lit après le repas de midi, elle faisait toujours défaut après le repas du soir; un frère de la malade, qui avait eu de l'eczéma arthritique, présentait de l'albuminurie dans les mêmes conditions que sa sœur, et eut plus tard, à l'âge de 15 ans, un accès de goutte. GEORGES THIBIERGE.

Zur Entwickelung der Schrumpfniere aus acuter Nephritis bei Infectionskrankheiten (La néphrite interstitielle dérivant des néphrites aiguës infectieuses), par EISENLOHR (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 32, *p.* 723, 1892).

Dans le premier cas de l'auteur il s'agit d'un homme de 35 ans, atteint en décembre 1887 de fièvre typhoïde avec néphrite aiguë ; après guérison de la dothiénentérie la néphrite persista sans que l'on pût affirmer d'abord la tendance à l'hypertrophie cardiaque. Au mois de juillet 1888, le malade quitta l'hôpital n'ayant qu'une albuminurie très légère. Il y revint en 1891 et succomba au mois d'août. A l'autopsie, reins atrophiés, granuleux, contractés; hypertrophie considérable du ventricule gauche.

Le second cas se rapporte à une fille de 39 ans, atteinte de pleuro-pneumonie droite, en décembre 1890. Cette maladie s'étant compliquée de néphrite aiguë, on vit ensuite persister l'albuminurie et, dès le mois de janvier 1891, il y eut des accès urémiques. La malade quitta l'hôpital en août 1891, mais elle revint pour y mourir le 18 octobre. A l'autopsie, hypertrophie du ventricule gauche. Reins petits, granuleux, avec atrophie de l'écorce. Néphrite chronique diffuse démontrée par le microscope. L. GALLIARD.

Aphasie et paralysie dans le coma urémique, par BRUNET (*Journ. méd., Bordeaux*, 12 *mars* 1893).

Ce fait concerne un sujet atteint d'artério-sclérose et de néphrite interstitielle, au cours de laquelle se montrèrent, après quelques crises épileptiformes, de l'aphasie et de la paralysie du facial inférieur, puis une paralysie complète du bras droit. Mort 48 heures après.

De ce qu'il n'existait pas d'épanchement ni d'œdème dans aucun point du cerveau, l'auteur conclut que ces paralysies sont dues à une intoxication par les substances contenues dans le sang. OZENNE.

Urémie cérébrale avec attitudes cataleptoïdes, par BRISSAUD (*Semaine médic.*, *n°* 17, *p.* 125, 1893).

Dans cette étude clinique, Brissaud étudie une forme rare de l'urémie « caractérisée par un état mental où les symptômes de dépression dominent, associés à une modification singulière de la tonicité musculaire, rappelant à beaucoup d'égards la catalepsie des hystériques. »

Il s'agit d'une malade chez laquelle, à la suite d'un hydrothorax simulant la pleurésie franche, l'albuminurie a été le premier symptôme de la maladie de Bright. Trois semaines après la disparition de l'épanchement pleural, la malade se représenta à l'hopital avec des phénomènes brightiques : dyspnée extrême, bruit de galop cardiaque, et accroissement considérable de l'albuminurie. Puis, au bout de quelques jours, le caractère changea, la malade devint inquiète, maussade. eut des idées de persécution, puis se manifestèrent des attitudes cataleptiques : immobilité, fixité du regard, flexibilité à frottement doux des membres (flexibilitas cerea), conservation des attitudes données aux membres jusqu'à ce que la fatigue fasse reprendre lentement aux membres l'attitude du repos. Pendant cet état, la conscience n'était réveillée que par des appels brusques, à haute voix et pour quelques moments seulement. Au bout de 3 jours, cette stupeur se dissipa, et la malade gardant le souvenir de ses impressions, raconta nettement ce qu'elle avait éprouvé Mais bientôt apparurent les symptômes du mal de Bright avec quelques troubles anormaux (paralysie faciale gauche avec embarras de la langue et de la parole, et parésie du membre supérieur correspondant), et la malade succomba en 5 semaines. Le régime lacté le plus rigoureux n'entrava en rien la marche des accidents.

L'autopsie montre qu'il s'agit, dans ce cas, d'une néphrite interstitielle chronique avec sclérose cardio-vasculaire.

Brissaud rapproche cette observation de celle d'un autre cas identique qu'il a rapporté avec Lamy.

Cette forme si spéciale et si peu connue de l'urémie présente les caractères suivants : « Invasion rapide, dyspnée extrême dès les premiers jours, puis la dyspnée cesse et aussitôt apparaît la période délirante avec la catalepsie spéciale, localisée ou prépondérante aux membres supérieurs, les hallucinations, les idées de persécution, la paralysie faciale. »

Pour Brissaud, les attitudes spéciales que prend le malade, ne sont pas de la catalepsie franche, mais une *disposition cataleptoïde* qu'il faut chercher pour découvrir. « C'est une sorte de *catatonie brightique*, la catatonie étant une variété mêlée de mélancolie avec stupeur dans laquelle les membres conservent pendant un certain temps des attitudes fixes, comme si le malade n'avait pas la force ou le courage de changer de position. »

Et c'est en effet bien réellement l'état psychique qui domine, c'est une incapacité purement psychique de ne rien changer à toute position préexistante des membres. Ce n'est, à tout prendre, qu'une des formes multiples du délire brightique, dans lequel la mélancolie est la règle.

Brissaud hésite pour la pathogénie entre l'œdème cérébral et l'auto-intoxication ; peut-être faudrait-il tenir grand compte de l'endartérite plus ou moins complètement oblitérante de l'hexagone de Willis, qu'il a observée dans le cas qu'il rapporte.

Il y a lieu de rapprocher ces observations cliniques de Brissaud, des résultats expérimentaux obtenus par Hahn, Massen, Nencki et Pawlow, à la suite de l'opération de la fistule d'Eck, et que les expérimentateurs rapportent à l'intoxication par le carbonate d'ammoniaque. Les auteurs russes avaient noté l'identité des accidents qu'ils provoquaient chez le chien avec le tableau clinique de l'urémie dont ils ne différaient que par la détermination d'attitudes cataleptiques. Les observations de Brissaud semblent précisément confirmer les recherches expérimentales contemporaines des auteurs russes, et leur apporter l'appoint du contrôle clinique. (*Voy.* p. 63). MOSNY.

Le diabète sucré dans ses rapports avec les lésions nerveuses spontanées, par LÉVY (*Thèse de Paris*, 1892).

Il s'agit le plus souvent de lésions portant sur le centre bulbaire, ou sur le trajet vague et sympathique de l'arc glycogénique. La nature des désordres anatomiques est des plus variables : affections vasculaires, tumeurs, compression, altérations purement microscopiques. La symptomatologie du diabète par perturbation permanente du système nerveux, ses allures, son pronostic, peuvent reproduire tout l'ensemble du diabète pancréatique et en prendre la gravité. Cependant le taux de la glycosurie et de l'azoturie est moins élevé, la polyurie est peu accusée, et la durée est fort longue ; ou bien l'affection est transitoire et curable. A différents égards, ce diabète est à rapprocher des glycosuries obtenues par les physiologistes à la suite de lésions nerveuses artificielles. GIRODE.

Fat necrosis associated with disease of pancreas, par ROLLESTON (*Brit. med. journ.*, *p.* 894, 22 *octobre* 1892).

Mémoire basé sur deux observations. La première malade, une femme de 50 ans, reçoit un coup sur le ventre, suivi à courte échéance, de vomissements, de constipation et d'un collapsus simulant une obstruction intestinale. Bientôt survint de la diarrhée, puis un abcès se développa dans l'hypochondre droit, et finit par entraîner la mort. L'autopsie montra un abcès de la tête du pancréas et de la nécrose graisseuse dans la cavité sous-péritonéale.

L'observation 2e concerne un homme de 30 ans. Un an et demi auparavant une voiture lui a passé sur le corps. Depuis, crises de douleurs abdominales, un jour, douleurs déchirantes, vomissements et collapsus ; mort 36 heures après une laparotomie d'urgence. A l'autopsie hémorragie du pancréas, nécrose graisseuse disséminée dans l'abdomen.

L'auteur regarde cette lésion comme un trouble trophique consécutif à l'altération du plexus solaire. H. R.

Case of dysentery with amœba coli in the stools, par John HAROLD (*Brit. med. j.*, *p.* 1429, 31 *décembre* 1892).

Observation d'un soldat atteint de dysenterie chronique contractée aux Indes en 1886. Dans les garde-robes muqueuses et gélatineuses, on constata la présence d'un grand nombre d'amibes du côlon, reconnaissables à leurs mouvements spontanés de propulsion et de rétraction alternative. Pour bien les découvrir, il faut avoir soin d'examiner la préparation à chaud, sur des verres passés à la lampe : le froid les paralyse instantanément.

L'amibe du côlon a été découvert par Lambl, et démontré par Kar-

tulis d'Alexandrie, très fréquent chez les dysentériques. C'est la première fois que sa présence est signalée en Angleterre. H. R.

Peritonitis : its nature and prevention, par Lawson TAIT (*Brit. med. j.*, *p.* 1046, 12 *novembre* 1892).

Dans cette leçon originale, il y a un certain nombre de vues personnelles à relever.

L'auteur ne regarde les micro-organismes et les toxines que comme un élément secondaire pathogénique. La réaction des nerfs du plexus splanchnique est pour lui le facteur prédominant de la péritonite inflammatoire, laquelle ne se distingue en rien de la péritonite septique.

Le grand épiploon joue un rôle capital; c'est à lui qu'incombe la propriété de sécréter les liquides ascitiques ou purulents; c'est lui qui, également, circonscrit les épanchements abdominaux. Son irritation est désastreuse : aussi ne faut-il jamais l'éponger directement : depuis qu'on a substitué les grands lavages à l'eau bouillie à la toilette de l'épiploon, les résultats opératoires sont incomparablement meilleurs.

L'altération des traits n'est pas un indice sûr de la gravité de la péritonite : elle n'a de valeur que quand la douleur est modérée. La distension de l'abdomen est, au contraire, un symptôme très grave.

La cause de la mort est le trouble des fonctions du foie, caractérisé pendant la vie par les vomissements d'abord muco-bilieux, puis franchement bilieux, puis hémorragiques. Après la mort, on ne trouve jamais de bile dans les ansés intestinales distendues.

Comme conclusion thérapeutique, Lawson Tait proscrit absolument les opiacés dans le traitement de la péritonite, ainsi que les boissons glacées. Il maintient les malades dans une diète absolue les premiers jours, et insiste sur les purgatifs pour rétablir le cours de la bile, administrée au stade préliminaire de la péritonite. H. R.

Zur Prognose der Actinomycose, par SCHLANGE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 28, *p.* 706, 11 *juillet* 1892).

Schlange a recherché ce qu'étaient devenus 130 malades de la clinique de von Bergmann atteints d'actinomycose. Les deux tiers de ces cas comprenaient de l'actinomycose du cou, de la mâchoire inférieure ou de la joue.

Tous ces malades, constituant la première catégorie, ont guéri. Il en a été de même pour plusieurs atteints d'actinomycose de la langue, des amygdales, du plancher de la bouche. Le seul malade affecté d'actinomycose du maxillaire supérieur, qui ait succombé, a été emporté par l'envahissement de la base du crâne. Dans un autre cas, l'actinomycose après avoir envahi le tissu cellulaire prévertébral s'est propagée par en bas jusque dans le bassin et dans les articulations de la hanche qui on dû être réséquées; chez ce malade, l'affection remonte à 13 ans.

Quant aux malades ayant eu de l'actinomycose pulmonaire, on n'est fixé sur le sort que de 3 d'entre eux. Un garçon de 13 ans est dans un état désespéré par suite d'une actinomycose du poumon droit qui a donné lieu à de multiples perforations de la paroi thoracique.

D'autre part, est guéri un homme qui, il y a six ans, a offert dans les

crachats et dans les sécrétions de ses fistules thoraciques, les grains caractéristiques du champignon. Il paraît en être de même pour une femme opérée il y a cinq ans d'un épanchement pleurétique dû au cryptogame.

Parmi les malades atteints d'actinomycose intestinale, un homme est mort d'épuisement causé par de nombreuses fistules du périnée et du bassin. Quatre autres malades semblent guéris.

Enfin, il y a eu mort dans un cas à évolution d'infection purulente chronique à foyer en avant du rachis cervical, ouvert dans la jugulaire.

Chez plusieurs malades, l'actinomycose coexistait avec un cancer.

Dans la discussion, Garré déclare avoir noté aussi, à la clinique de Tubingue, que le pronostic de l'actinomycose est moins défavorable qu'on ne le croit. Il a vu guérir des cas jugés incurables. Sur les 20 malades observés, 2 seulement ont succombé. L'intervention chirurgicale s'est toujours bornée à de larges incisions ; jamais on n'a pratiqué de résections. J. B.

Les causes de la fièvre typhoïde, par J. GASSER (*In*-16, *Paris* 1892).

Ce petit volume, très substantiel et mis au point des données actuelles de la science, comprend la description du bacille d'Eberth, sa morphologie et sa biologie, son mode de culture et ses toxines : les analogies qui le rapprochent du colibacille et les différences qui l'en séparent sont très nettement exposées.

Le bacille d'Eberth est bien l'agent pathogène de la fièvre typhoïde. L'auteur le suit, dans ses divers modes de pénétration à travers l'organisme (eau, aliments, sol, air atmosphérique) et analyse les conditions de sa transmission et de sa contagion par l'homme. Il termine en discutant ce qu'il appelle les causes secondes, celles qui dépendent de l'organisme récepteur, et aussi des conditions ambiantes de milieu, de genre de vie, de surmenage et d'infections surajoutées. H. R.

Ueber die Charcot-Robin'schen Krystalle in den Fæces..., par LEICHTENSTERN (*Deustche med. Woch.*, *n°* 25, *p.* 582, 1892).

La présence des cristaux de Charcot-Robin (cristaux trouvés d'abord dans le sang des leucémiques) dans les déjections n'indique pas nécessairement, comme on l'a cru, l'ankylostomiase. Leichtenstern les a vus chez des sujets qui portaient des ascarides, des tricocéphales, des oxyures, des tænias et surtout des anguillules. Mais les cristaux peuvent manquer : de leur absence il ne faut donc pas conclure à l'absence certaine des vers intestinaux.

Les cristaux se forment au point précis où habitent les parasites.

Lorsqu'on a soumis les malades à un traitement rationnel, il est bon d'examiner encore les déjections et d'y rechercher les cristaux : c'est le seul moyen de savoir si la cure est complète. L. GALLIARD.

La Filaria Bancrofti (Cobbold), par von LINSTOW (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasit. XII*, *n°* 2-3, *p.* 88).

L'auteur refait l'étude des formes adultes et larvées, mâles et femelles de la Filaria Bancrofti ou Filaria sanguinis hominis. Il rappelle les hypo-

thèses émises pour expliquer la présence de ces parasites dans le sang seulement pendant la nuit, et leur absence constante pendant le jour. Pour lui, ce fait serait dû au tonus physiologique des capillaires cutanés pendant la veille, déterminant un rétrécissement de leur calibre tel que la filaire n'y peut passer. Ainsi peut-on, même pendant la veille trouver les filaires dans les vaisseaux plus gros et plus profonds, et aussi dans les capillaires cutanés si l'on fait dormir le malade pendant le jour; inversement, la filaire disparaît pendant la nuit dans le sang capillaire lorsqu'on fait veiller les malades. MOSNY.

Étude sur les fausses rechutes, les rechutes et les récidives de la scarlatine, par JEANSELME (*Arch. gén. de méd., juin et juillet* 1892).

L'analyse de 40 observations de scarlatine suivie de rechute, a conduit l'auteur à formuler les conclusions suivantes :

Le sexe et l'âge ne paraissent avoir aucune influence sur la fréquence des rechutes. Les rechutes paraissent, au contraire, favorisées par l'agglomération d'un grand nombre de scarlatineux dans un espace assez restreint. Les rechutes se montrent généralement dans le cours de la 3e ou de la 4e semaine. Elles peuvent être observées, quelle qu'ait été la gravité plus ou moins grande de la scarlatine. La rechute est une reproduction exacte de la maladie; son pronostic est habituellement favorable (5 morts sur 40 cas).

L'auteur a analysé également une quarantaine d'observ. de scarlatine récidivée. Les récidives se sont montrées peu de temps après la première atteinte (généralemeut au bout de quelques mois). La scarlatine récidivante ne présente aucune particularité appréciable; sa terminaison est généralement favorable (4 morts sur 32 cas). Les récidives seraient particulièrement fréquentes dans certaines conditions prédisposantes d'hérédité et de famille.

Les fausses rechutes paraissent indépendantes du virus scarlatineux. Elles ont pour cause une infection secondaire surajoutée.

Les rechutes peuvent être expliquées de deux manières. Soit par une nouvelle infection venue de l'extérieur, soit par une nouvelle manifestation de la première et unique infection. RICHARDIÈRE.

Zur Casuistik der kryptogenen Sepsis (Cas de septicémie cryptogène), par BLUM (*Münch. med. Woch.*, *nos* 16 *et* 17, *p.* 297 *et* 323, 1893).

Dans deux cas de septicémie le diagnostic a pu être fait pendant la vie par la constatation et la culture du staphylocoque dans le sang.

Dans le premier cas, il s'agit d'un pharmacien de 35 ans, qui entre à l'hôpital avec les signes d'une anémie intense, d'une infection généralisée (fièvre et tuméfaction splénique, délire), des signes locaux de péricardite, et chez lequel on trouve, par culture du sang, le staphylocoque pyogène blanc. Il y a des hémorragies rétiniennes, les ganglions du cou sont tuméfiés et fluctuants vers la fin de la maladie. La mort a lieu après quelques jours d'hospitalisation. L'autopsie, en outre de la péricardite, montre des lésions parenchymateuses du cœur, du foie, des reins, de la rate, un peu de liquide hémorragique dans les plèvres, et une ulcération diphtéroïde du gros intestin, qui paraît avoir constitué la porte d'entrée de l'infection et n'avait donné lieu à aucun symptôme durant la vie.

Le second cas a trait à une femme enceinte, âgée de 32 ans. Elle entre dans un état clinique analogue au malade précédent. On constate le staphylocoque blanc par la culture du sang. Hémorragies rétiniennes, dans les derniers jours, signes d'endocardite mitrale. Elle met au monde un fœtus de 6 mois qui vit quelques heures et elle meurt 3 semaines après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie on trouve dans le sang de la mère les staphylocoques doré et blanc, chez le fœtus le st. doré. L'endocardite était une lésion toute récente.

C. LUZET.

Sur une nouvelle forme de fièvre rencontrée sur les bords de la Méditerranée, par D. BRUCE (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n°* 4, *avril* 1893).

La fièvre méditerranéenne est une maladie infectieuse caractérisée cliniquement par de la fièvre, des sueurs profuses, de la constipation, des rechutes fréquentes et qui est accompagnée ou suivie par des douleurs vives de caractère rhumatismal ou névralgique avec gonflement des articulations ou orchite. La marche de la température est très irrégulière; elle rappelle un peu celle de la fièvre typhoïde avec rechute.

Anatomiquement la maladie est marquée par l'élargissement et l'amollissement de la rate et des altérations parenchymateuses de divers organes. Les plaques de Peyer sont peu touchées.

Fréquente à Malte, aussi à Gibraltar, la fièvre méditerranéenne est probablement très répandue sur les rivages et dans les îles de la mer intérieure.

On trouve constamment dans les organes des malades qui ont succombé le *micrococcus melitensis :* c'est un coccus rond ou légèrement ovale de 0,3 μ de diamètre sur les préparations sèches. Les points sont ordinairement isolés. Il ne se colore pas par le Gram. Le meilleur milieu de culture est le bouillon de bœuf gelose avec 0,5 0/0 de peptone. Les colonies ne deviennent visibles qu'au bout de 7 jours à 25°, de 3 jours 1/2 à 37°. Ce sont de petites taches arrondies, peu saillantes, à surface lisse et brillante, blanc laiteux à la lumière réfléchie, à couche jaunâtre par transpareuce et à périphérie blanc bleuâtre; elles s'étendent peu et au bout de quelques jours ne dépassent pas un grain de chènevis, cultures en surface.

Les cultures pures furent inoculées à 7 singes : 4 sont morts avec les mêmes symptômes que l'homme et le micrococcus melitensis dans les organes en culture pure, trois guérirent après une pyrexie de 2 mois 1/2 à type intermittent analogue à ce qu'on observe chez l'homme. PAUL TISSIER.

Die Wichtigkeit der bacteriologischen Untersuchung zur Erkennung der mild verlaufenden Cholera-Formen, par Paul GUTTMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 39, *p.* 972, 26 *septembre* 1892).

Durant la dernière épidémie cholérique, Guttmann a fait l'examen bactériologique de trois malades atteints de diarrhée en apparence simple, car elle ne s'accompagnait ni de vomissements, ni de crampes, et ne donnait pas lieu à des selles riziformes. Cependant, dans les trois cas, il a trouvé que les petits flocons renfermés dans les matières jaunâtres fourmillaient de bacilles cholériques.

Il conclut que, dans la pratique, où il est rarement possible de faire

cet examen bactériologique, on doit désinfecter, en temps d'épidémie cholérique, toutes les salles diarrhéiques. J. B.

Uebertragung der Cholera durch Lebensmittel (Transmission du choléra par les aliments), par KOSSEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 45, *p.* 1024, 1892).

Cas très intéressant au point de vue de l'étiologie.

Une femme F..., va de Hambourg à Tessin (Mecklenbourg) ; le voyage dure dix heures. On la maintient en observation pendant 24 heures et on désinfecte ses habits, son linge, ses bagages. Le 29 août, arrivant à la maison, elle laisse manger à son mari et à ses deux filles une tartine de beurre apportée de Hambourg dans sa poche. Le 1er septembre le mari, indisposé depuis la veille, présente les symptômes de choléra grave ; il meurt dans la nuit. En même temps l'une des filles est atteinte et meurt le 10e jour; l'autre fille ne tombe malade que le 4e jour et guérit.

La femme elle-même demeure bien portante, bien qu'ayant mangé pendant le voyage plusieurs tartines.

Il est prouvé que ces 3 cas de choléra (l'examen bactériologique a été fait) ont été isolés à Tessin; les trois personnes n'avaient visité aucun pays contaminé.

La tartine de beurre incriminée provenait d'un magasin de comestibles de la rue Rutschbahn à Hambourg, et c'est précisément au moment où éclatait le choléra à Tessin que cette rue a commencé à fournir des cas.

On peut supposer que le magasin a été le point de départ de l'épidémie de la rue Rutschbahn. L. GALLIARD.

I. — Die Cholera in Hamburg, par REINCKE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 36, *p.* 910, *et n°* 37, *p.* 933, 5 et 12 *septembre* 1892).

II. — Zu Cholera-Epidemie in Hamburg, par F. WOLTER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38, *p.* 966, *n°* 39, *p.* 990, *n°* 40, *p.* 104, *n°* 42, *p.* 1062, *n°* 43, *p.* 1094 *et n°* 46, *p.* 1174, 19 *et* 26 *septembre*, 3, 17 *et* 24 *octobre*, *et* 14 *novembre* 1892).

III. — Ueber die ersten diesjahrigen Cholera-Erkrankungen in Berlin, par Paul GUTTMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 36, *p.* 911, 5 *septembre* 1892).

IV. — Bericht ueber die gegenwärtigen Cholera-Erkrankungen in Berlin, par Paul GUTTMANN (*Ibidem*, *n°* 37, *p.* 933, 12 *septembre*).

V. — Die Cholera in Hamburg, par REINCKE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 3, *p.* 67, 1893).

VI. — Die Cholera im Physikatsbezirk Wandsbeck, par HUNNIUS (*Ibidem, n°* 6)

VII. — Bericht über die Cholera im Marienkrankhause in Hamburg, par RATJEN (*Ibidem*, *n°* 1, *p.* 11, 1893).

VIII. — Die Choleraepidemie in der Irrenanstalt Nietleben, par FIELITZ (*Ibid.*, *n°* 5, *p.* 115, 1893).

IX. — Die Cholera in Altona, par WALLICHS (*Ibidem*, *n°* 10, *p.* 236, 1893).

X. — Bacteriologische und klinische Befunde bei der Cholera-Nachepidermie in Hamburg, par RUMPEL (*Ibidem*, *n°* 7, *p.* 160, 1893).

XI. — Die Choleraepidemie zu Stettin, par BETHE (*Ibidem, n°s* 50 *et suiv.*, 1892).

XII. — Choleraleichenbefunde, par SIMMONDS (*Ibidem*, *n°* 51, *p.* 1173, 1892).

XIII. — Ueber Leichenbefunde bei der Cholera, par DEYCKE (*Ibidem*, *n°* 7, *p.* 159, 1893).

XIV. — Ueber Choleraleichenbefunde, par Eug. FRÄNKEL (*Ibidem*, *n°* 7, *p.* 157, 1893).

XV. — Ueber Cholera, par VINCENZI (*Ibidem*, *n°* 18, *p.* 418, 1893).

XVI. — Examen de 78 cas cholériques, par J. GIRODE (*Mémoires de la Société de biologie*, 15 *octobre* 1892).

XVII. — Action du bacille-virgule sur le foie et le pancréas, par LE MÊME (*Ibidem*).

XVIII. — Ueber Befunde an der Muskulatur von Choleraleichen, par BOLTZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 9, *p.* 217, 1893).

I. — Avant cette année, Hambourg avait déjà subi 14 épidémies de choléra : en 1831 (31 octobre au 19 janvier 1832), 476 décès ; en 1832 (2 février au 17 décembre), 1,495 décès ; en 1848 (1er septembre au 31 décembre), 1,674 décès ; en 1849 (14 juin au 22 novembre), 573 décès; en 1850 (26 juillet au 11 janvier 1851), 400 décès; en 1853 (23 juin au 29 octobre), 244 décès ; en 1854 (14 juin au 14 novembre), 281 décès ; en 1855 (30 juin au 22 octobre), 175 décès ; en 1856 (13 juin au 14 novembre), 67 décès ; en 1857 (9 juin au 27 novembre), 463 décès ; en 1859 (9 juin au 5 octobre), 1,109 décès ; en 1866 (30 juin au 22 octobre), 1,043 décès ; en 1871 (1er août au 24 septembre), 141 décès ; et en 1873 (24 juin au 8 novembre), 1,001 décès. En outre, pendant l'année 1867, il y eut en novembre 10 décès cholériques et en décembre 5.

II. — Dans les huit semaines comprises entre le milieu d'août, où a débuté l'épidémie de Hambourg, jusqu'au 15 octobre, cette ville a compté 17,962 cas de choléra avec 7,598 morts. Contrairement à toutes les épidémies antérieures, l'épidémie cholérique de 1892 a fait pour ainsi dire explosion ; elle s'est développée soudainement dans les quartiers les plus divers en même temps. Le mode, le lieu et l'époque exacte de son importation sont restés inconnus. L'eau potable, qui est celle de l'Elbe non filtrée, a joué un rôle manifeste au début du moins ; l'endroit où on la prise dans le fleuve est exposé à des contaminations. Les deux villes voisines d'Altona et de Wandsbeck qui ont des eaux potables d'autre provenance n'ont pas été ravagées comme Hambourg ; la différence était frappante dans les rues limitrophes où le côté hambourgeois offrait de nombreux cholériques, tandis que l'autre côté demeurait indemne.

Plus tard, l'affection s'est propagée presque exclusivement d'homme à homme. Il n'y a pas eu de foyers de maisons, mais seulement de logements. Les premiers cas se sont déclarés parmi les ouvriers du port. Dans les logements infectés, les réservoirs de l'eau potable contenaient des bacilles ressemblant à ceux du choléra, mais s'en distinguant dans les cultures. Dans l'eau du fleuve même, on n'a pas trouvé de bacilles. En revanche, Lubarsch (*R. S. M.*, XLI, 158) en a constaté dans l'eau de la cale d'un bateau venant de Hambourg par l'Elbe. Au moment où a débuté l'épidémie, Hambourg offrait d'ailleurs, au plus haut degré, les conditions de temps et de lieu indiquées par Pettenkofer, entre autres un niveau anormalement bas de la nappe aquifère souterraine et de l'Elbe.

On a évacué les hôpitaux pour les affecter exclusivement aux cholériques qui disposaient, en outre, de nombreux baraquements installés

comme annexes. Les malades ordinaires des hôpitaux ont été transférés dans les bâtiments scolaires vides. Vingt postes sanitaires, munis d'étuves à vapeur, ont été établis dans les divers quartiers. Des médecins s'y tenaient prêts à donner les premiers secours et accompagnaient, avec des citoyens de bonne volonté, les équipes d'ouvriers allant désinfecter les logements de cholériques et en rapportant à l'étuve la literie, le linge et les vêtements. Des baraquements recevaient les habitants qu'on était obligé de déloger et ils y subissaient une quarantaine avant d'être réintégrés dans leurs domiciles.

La délivrance gratuite des médicaments préventifs par les autorités (huile de ricin, gouttes anticholériques pétersbourgeoises (opiacées), acide chlorhydrique) a été fâcheuse en ce sens que les malades essayaient de se traiter eux-mêmes.

Les traitements qui ont donné les meilleurs résultats ont consisté pour le stade diarrhéique, en l'administration du calomel ou de l'entéroclyse tannique de Cantani (dans l'attitude génu-cubitale) et pour le stade algide, en injections intra-veineuses de la solution salée physiologique. Dans les deux stades, la sudation provoquée par un bain d'air chaud, pris dans le lit, a paru utile.

III et IV. — Le tableau ci-dessous récapitule les 11 épidémies de choléra survenues à Berlin depuis 1831, où le fléau fit sa première apparition en Europe.

ANNÉES D'ÉPIDÉMIES	DURÉE	CHIFFRE DES CAS	CHIFFRE DES MORTS	MORTALITÉ SUR 100 CAS	PROPORTION des cas dans la population 1 sur x habitants	PROPORTION des décès dans la population 1 sur x habitants
1831.....	30 août au 26 janvier 1832.	2274	1423	62,5	1 cas sur 101 h.	1 décès sur 161 h.
1832.....	17 juin au 14 mars 1833.	613	412	67,2	— 382	— 568
1837.....	11 août au 6 décembre...	3357	2338	65,7	— 74	— 113
1848.....	27 juillet au 9 décembre.	2407	1595	66,2	— 166	— 251
1849.....	30 mai au 1 décembre...	5361	3552	66,2	— 74	— 113
1850.....	6 août au 24 novembre..	1185	711	60	— 342	— 570
1852.....	4 sept. au 31 décembre...	247	165	66,8	— 1647	— 2506
1853.....	7 août au 30 novembre..	1405	940	66,9	— 295	— 441
1855.....	26 juillet au 26 novembre	2172	1385	63,7	— 193	— 302
1866.....	14 juin au 17 novembre..	8186	5457	66,6	— 84	— 120
1873.....	21 juillet au 23 septembre	788	531	67,1	— 1177	— 1747

En outre, dans les trois années 1854, 1857, 1859, le choléra s'est montré sporadiquement à Berlin, en y causant, respectivement, 43, 18 et 72 décès. J. B.

V. — L'année 1892, froide jusqu'en juillet, a été marquée au mois d'août, à Hambourg, par une chaleur exceptionnelle. En outre, la sécheresse a été très grande. La nappe souterraine s'est abaissée lentement depuis juin jusqu'au commencement de septembre. L'Elbe a baissé d'une façon remarquable. Cependant l'effet de la marée continuait à se faire sentir ; de fortes marées ont eu lieu du 9 au 17 août.

Du 7 au 13 août, la mortalité était restée au-dessous de la moyenne qui est de 25,1 0/00. Du 14 au 21 août elle a atteint 32,7 0/00. Pendant une autre année de sécheresse, en 1887, sans choléra et avec peu de

fièvre typhoïde, la mortalité a oscillé de juillet à septembre entre 28 0/00 et 35 0/00.

C'est un chantier du port, au *petit Grasbrook*, qui a été, comme en 1873, le premier foyer du choléra. Un ouvrier nommé Sahling, ayant travaillé là pendant la journée du 13 août, rentra le soir en son domicile à Altona et mourut dans la nuit du 14 au 15. Un autre ouvrier nommé Kähler (cité par Rumpf comme premier cholérique), qui travaillait, ainsi que le précédent, au petit Grasbrook, tombait malade le 16 et succombait à l'hôpital général le 17. Le nommé Heins, ouvrier du port, était également atteint le 16 et mourait aussi le 17. Larsen, frappé le 17, avait été occupé plus loin, au pont de l'Elbe ; mais la femme Weidemann, atteinte le 18, se trouvait sur un bateau amarré sur le Grenzcanal, c'est-à-dire dans le voisinage immédiat du petit Grasbrook.

D'autre part, un vapeur qui levait l'ancre le 16, se dirigeant sur l'Écosse, eut un cas à bord, celui du chauffeur Sinstedt ; cet homme n'avait passé que vingt-quatre heures à Hambourg, et l'eau consommée à bord venait d'Écosse ; il tomba malade dans la nuit du 18 au 19 et succomba rapidement.

Le 19 août, 20 cas mortels à Hambourg, et parmi ces cas 8 provenant du port. Le 20, 49 cas dont 23 mortels ; sur ces 49 cas, 20 venant du port.

Le 29 août l'épidémie atteignait déjà son maximum : 1,100 cas dans la journée.

Un faubourg de Hambourg, peuplé de 345 habitants et alimenté par l'eau d'Altona, s'est trouvé respecté. Une caserne pourvue d'eau de source n'a pas eu un seul cas sur 540 hommes. Les écoles fermées alimentées de la même manière n'ont pas fourni de cholériques. C'est l'eau de l'Elbe, mal filtrée à Hambourg, qui a disséminé la maladie.

VI. — Hambourg, peuplée de 622,530 habitants, a eu 18,000 cas environ et 8,200 décès. La mortalité cholérique a donc été de 1,3 0/0 habitants. A Altona, elle s'est abaissée à 0,2 0/0 parce qu'Altona reçoit de l'eau de l'Elbe bien filtrée. Wandsbeck, voisine d'Hambourg, n'a eu sur 20,571 habitants que 63 cas et 43 décès, soit une mortalité cholérique de 0,0021 : cette ville venait d'amener l'eau du Grossensee (lac long de 2 kilomètres 1/2 et ayant une superficie de 78 hectares) lorsqu'éclata l'épidémie de Hambourg. On prit les mesures les plus rigoureuses pour empêcher la contamination de cette nappe d'eau.

VII. — Sur 13 valétudinaires atteints de choléra, 7 ont guéri ; parmi eux il y avait un phtisique et un homme porteur d'un grand épanchement pleurétique, lequel s'est trouvé complètement guéri après l'accès cholérique.

Les baraques ouvertes à partir du 8 septembre à l'hôpital Marie ont reçu 529 malades : 94 suspects (non cholériques), 177 atteints de diarrhée cholériforme (2 décès), 258 cholériques. Parmi ces derniers, 78 guérisons, 180 morts ; donc 69,7 0/0 de mortalité.

195 cholériques ont subi la transfusion sous-cutanée ou intra-veineuse au stade d'algidité ; 85 ont atteint le stade de coma ou de réaction, 37 ont guéri. Mortalité des transfusés : 75,5 0/0. L'auteur n'admet pas que la transfusion intra-veineuse offre plus d'avantages que l'hypodermoklyse pratiquée simultanément sur plusieurs points. Il a employé con-

curremment l'entéroklyse de Cantani et les bains à 35°,2, les injections d'huile camphrée, les injections d'éther. Il a donné les doses de calomel de 0,05 centigrammes usitées en Allemagne; pendant l'algidité, café, thé, avec ou sans cognac. Plusieurs malades ont pris avec avantage de l'acide lactique.

Voici la statistique d'après les âges.

	Décès	Guérisons
Au-dessous de 2 ans	12	3
De 2 à 10 ans	20	16
De 10 à 15 ans	3	2
De 15 à 20 ans	4	9
De 20 à 35 ans	50	26
De 35 à 50 ans	51	18
Au-dessus de 50 ans	40	4

Donc, les sujets de 2 à 20 ans résistent; au-dessous de 2 ans et au-dessus de 50 ans la défaillance est assurée.

L'exanthème, observé 10 fois, a été relativement fréquent et hâtif chez les jeunes sujets; il s'est montré 6 fois chez eux, 4 fois chez les adultes. On l'a vu au plus tôt le 3e jour, au plus tard le 12e jour. Il a duré trois jours; d'abord morbilliforme puis scarlatiniforme; il s'est transformé parfois en placards ortiés. Sur les 10 cholériques atteints d'exanthème, 9 ont guéri.

La fièvre a été rare et peu intense. Les cas où la température atteignait 40° se rapportent à des sujets qui avaient pris, au début, de l'opium.

L'albumine a manqué souvent dans l'urine. L'albuminurie peut exister chez des sujets qui n'ont jamais été anuriques.

Le densité de l'urine de la réaction est faible : 1004 à 1010; elle augmente pendant la convalescence.

Une femme de 20 ans, atteinte de gangrène des extrémités dès le 1er jour a succombé le 7e jour.

Très peu de victimes dans le personnel hospitalier (médecins, sœurs, veilleurs, etc.) à Hambourg, en 1892. Voici la liste des cas notés :

Hôpital Marie (baraques pour les cholériques) : Néant.

Ancien hôpital général : 19 cas, 7 décès.

Nouvel hôpital général : 12 cas, 4 morts; en outre 7 blanchisseuses atteintes ont guéri.

Lazaret de la rue Stresow : 2 cas, 1 décès.

Seeman-Hôpital : 2 cas, pas de décès.

Hôpital israélite : 2 cas, pas de décès.

Sur 170 porteurs organisés par le chef de la police, 6 cas, 1 décès.

VIII. — Le choléra éclata à l'asile d'aliénés de Nietleben (près Halle), le 14 janvier 1893 et, jusqu'au 29 janvier, on compte 113 cas et 14 décès. Parmi les malades, il y eut 2 médecins, 2 gardes-malades, 2 femmes d'employés. C'est à l'eau provenant de la Saale sauvage qu'il faut attribuer la maladie, car dès qu'on a eu recours à l'eau amenée de Halle (23 janvier), l'épidémie a décliné. La ville de Halle n'a pas été touchée. Quelques cas ont été observés en dehors de l'établissement chez des personnes qui buvaient une eau de même provenance.

Le froid était très vif. On ne peut cependant incriminer la congélation des filtres mais bien l'insuffisance de la filtration.

IX. — Le choléra venait de se réveiller à Hambourg, lorsque des cas isolés ont surgi à Altona : d'abord un cocher le 23 décembre, puis une famille du 24 au 28 décembre et différentes personnes jusqu'au 11 janvier. Après une pause, un enfant de 12 ans a succombé rapidement le 23 janvier. Les 3 derniers cas ont apparu le 11 et le 12 février.

En tout 47 cas, 27 décès. Les enfants au-dessous de 15 ans ont fourni 12 cas.

Les mois de décembre 1892 et janvier 1893 ont été très froids (de 2° à 5° au-dessous de la moyenne). Un des filtres d'Altona, nettoyé à la fin de janvier pendant une forte gelée, a subi, dans les couches supérieures, une congélation qui a nui à son fonctionnement régulier.

Il sera toujours nécessaire de vérifier le fonctionnement des filtres.

X. — Le réveil de l'épidémie hambourgeoise, paraissant dû à un malade venant de Stettin, s'est manifesté le 8 décembre 1892. Depuis le milieu d'octobre l'hôpital général n'avait reçu que 2 cholériques vrais. Du 8 décembre au 23 janvier 1893, 54 ont été admis, parmi lesquels 29 graves ; 11 décès.

Les bacilles virgules ont fait défaut dans 3 cas. Chez certains sujets les bacilles se montrent un jour, disparaissent le lendemain, puis reparaissent. Un cholérique décédé le 17e jour en présentait dans l'intestin. Dans des cas parfaitement authentiques le bacille virgule peut manquer pendant un et même plusieurs jours, au début. Il ne faut donc pas affirmer l'absence du choléra asiatique chaque fois que le résultat est négatif.

L'auteur a trouvé le bacille 19 fois chez des individus légèrement malades ; 10 ont eu plusieurs jours de diarrhée ; 6 une diarrhée éphémère ; 3 avaient des selles solides.

Un garçon de 18 ans, ayant eu de la diarrhée, sans bacilles virgules, pendant deux jours seulement, puis des selles absolument normales avec état général satisfaisant pendant cinq jours, eut le 8e jour des selles liquides dans lesquelles on constata le bacille virgule ; celui-ci fut trouvé encore le 9e jour. Le 10e jour pas de diarrhée, état parfait.

Un autre homme n'a eu le bacille que le 7e jour, alors que les matières étaient devenues solides.

XI. — Plusieurs fois l'auteur a vu des ulcérations des plaques de Peyer, une fois des ulcérations siégeant dans le jéjunum ; plusieurs fois des escarres du gros intestin et de la colite pseudo-membraneuse. Dans trois cas les ganglions mésentériques étaient tuméfiés.

Il admet, dans les cas rapides, un état trouble du myocarde, et, dans les cas lents, une dégénérescence graisseuse étendue. C'est à cette lésion et peut-être à la myocardite qu'il attribue les phénomènes cardiaques tardifs.

Cinq ou six jours après la fin du stade d'algidité, le pouls devient fort et se ralentit. Le 9e et le 10e jour le ralentissement atteint son maximum : 36, 40, 48 pulsations. Chez deux malades qui ont guéri, l'auteur a noté l'arythmie durant huit jours. L'un de ces malades eut plusieurs accès de collapsus cardiaque très inquiétant ; mais il portait antérieurement une

lésion mitrale méconnue; ces accès s'accompagnèrent pendant une journée d'opisthotonos et de convulsions des bras.

Un convalescent a succombé subitement; on a constaté chez lui une dégénérescence graisseuse très accentuée du myocarde.

Chez un enfant de 4 ans, phénomènes méningitiques; pas de méningite à l'autopsie.

XII. — Sur 300 autopsies, Simmonds n'a trouvé qu'un seul phlegmon emphysémateux; ce phlegmon ne paraissait pas causé par la transfusion sous-cutanée. Les muscles restent indemnes, même lorsque la maladie a duré plusieurs semaines.

L'examen du système nerveux central ne donne rien, alors même que les signes cliniques devraient faire prévoir des lésions. Cependant chez un homme de 41 ans, mort le 7e jour, hémiplégique, on a trouvé de nombreuses hémorragies punctiformes récentes dans la protubérance.

Les séreuses sont savonneuses chez les cholériques algides; on en détache de longs filaments. Rien de pareil au stade de réaction.

Le cœur présente constamment des ecchymoses de l'épicarde, au niveau de la base. Elles sont plus rares sur l'endocarde. Peu de chose dans le myocarde; c'est seulement pendant la réaction que dans le tiers des cas, on découvre des fibres musculaires faiblement granuleuses. Une péricardite fibrineuse : c'était chez un syphilitique mort le 8e jour, et dont les viscères se montraient amyloïdes.

Sur 150 cholériques décédés après le 3e jour, 4 pneumonies lobaires (hépatisation rouge ou grise), et 58 broncho-pneumonies, la plupart composées de foyers multiples, quelques-unes pseudo-lobaires. Sur les 62 sujets, un avait succombé le 3e jour, 5 étaient morts le 4e jour, 56 du 6e au 10e jour. La suppuration était fréquente; souvent il y avait des foyers purulents multiples. Dans un cas les abcès pulmonaires avaient conduit à la pyémie avec petits abcès métastatiques dans le foie, le myocarde et les reins; le cholérique n'avait pas subi de transfusion intra-veineuse.

Dans quatre cas (dont trois précédemment publiés), c'est à la transfusion qu'il a fallu attribuer les abcès métastatiques et les infarctus ramollis du poumon; le dernier cas se rapporte à un sujet phlébotomisé au coude et chez qui la phlébite suppurée remontait jusqu'à l'aisselle.

Chez les transfusés, Simmonds a vu plusieurs fois de petits infarctus et des hémorragies diffuses dans le parenchyme pulmonaire, mais ces dernières existaient aussi chez des cholériques non transfusés.

Les exsudats pleurétiques ne se montraient qu'avec les foyers pneumoniques ou les abcès superficiels; en dehors de ces lésions il n'y avait que des ecchymoses pleurales.

Catarrhe muqueux ou purulent des voies aériennes; injection vive des muqueuses; dans deux cas, petites ulcérations situées entre les cartilages aryténoïdes et ayant déterminé de l'œdème glottique. Pas de diphtérie.

Dans plus d'un sixième des cas, tubercules pulmonaires.

Péritonite dans quatre cas : dépôts fibrineux sur les anses intestinales. Deux fois il y avait nécrose profonde de la muqueuse intestinale. Chez l'un des sujets dont la péritonite ne reconnaissait pas de cause appréciable, on trouvait des bacilles virgules à côté des cocci dans l'exsudat.

Foie normal en apparence, cellules rarement granuleuses. La vési-

cule ne contenait pendant le stade algide qu'une petite quantité de liquide vert foncé ; plus tard, on la trouvait gorgée de bile jaune orange, limpide ; à la fin de la première semaine elle était plus claire encore, quelquefois aqueuse. A une période avancée, la muqueuse était souvent injectée, ecchymosée, une fois gangrénée. Cholécystite avec mélange de pus à la bile dans quatre autopsies. Dans le liquide purulent des cocci, jamais de bacilles virgules.

Rate de volume normal ; hémorragies dans la pulpe et quelques infarctus récents.

Les reins sont altérés au bout de quelques heures. Les lésions rénales sont constantes et tellement régulières dans leur évolution que l'examen du rein permet de fixer rétrospectivement la durée de la maladie. D'abord état trouble de la substance corticale, puis tuméfaction avec réplétion des vaisseaux et petits points hémorragiques dans la muqueuse des calices. Le 4e jour, gonflement manifeste de l'organe ; écorce rouge grisâtre, granuleuse, sillonnée de vaisseaux délicats ; pyramides rouge foncé ; hémorragies dans les calices. A la fin de la semaine, teinte jaunâtre, pâle de l'écorce, se distinguant plus encore que précédemment de la coloration foncée des pyramides, dans trois cas, à cette période, l'auteur a constaté de la néphrite hémorragique.

Les lésions histologiques du rein peuvent être suivies d'heure en heure. Après 8 heures, on remarque sur les coupes colorées des taches claires dues à la résistance des cellules épithéliales d'un îlot de canalicules contournés ; ces cellules perdent la netteté de leurs contours et le protoplasma devient granuleux. Au bout de vingt-quatre heures, les masses protoplasmiques se confondent, tandis que les noyaux demeurent intacts. Le 4e jour, les cellules épithéliales conservent une partie colorable, celle qui adhère à la paroi canaliculaire et contient le noyau ; l'autre, celle qui borde la lumière des canaux, est transformée en masse granuleuse semée de petites molécules graisseuses. Sur certains points la desquamation est complète, de sorte que les canalicules paraissent vides. On trouve souvent des cylindres hyalins et des globules rouges.

Pas de lésions des glomérules. Rien dans le tissu conjectif interstitiel.

A la fin de la première semaine, les altérations ont acquis leur maximum ; la dégénération commence au début de la seconde semaine lorsque l'issue doit être favorable. Chez les sujets qui succombent pendant la 3e et la 4e semaine, on trouve les lésions décrites. En résumé la nécrose n'atteint que le protoplasma, elle respecte les noyaux.

Les uretères et la vessie offrent souvent des hémorragies dans la muqueuse. Quatre fois l'auteur a vu de la cystite ; une fois la muqueuse était gangrénée sur un large espace.

La muqueuse utérine offre de fréquentes hémorragies. La muqueuse du vagin présente des escarres chez un tiers des femmes enlevées par le choléra lent. Le sphacèle peut dépasser la muqueuse ; chez une femme de 33 ans, morte le 27e jour, le vagin communiquait avec le rectum et la vessie et formait un cloaque infect.

Jamais l'auteur n'a trouvé le bacille virgule dans le sang ni dans l'intestin du fœtus ; le bacille ne passe pas chez le fœtus et celui-ci ne présente pas de lésions anatomiques relevant du choléra.

Dans l'intestin, fréquentes escarres, siégeant de préférence sur les valvules et les replis de la muqueuse à partir du 3e jour. Quand la maladie se prolonge, on voit, à la place, des ulcérations. La fréquence de ces escarres dans le colon ascendant et le cœcum doit faire songer aux méfaits de l'hydrargyre, il est souvent difficile de dire dans quelle mesure le calomel a contribué à produire les ulcérations du gros intestin.

Le bacille virgule a été trouvé plusieurs fois dans le contenu de l'estomac.

Combien de temps le bacille virgule peut-il vivre dans l'intestin ? Simmonds l'a cherché en vain à partir du 6e jour chez certains sujets ; d'autres l'ont présenté jusqu'au 12e jour, exceptionnellement jusqu'au 18e. Avant le 6e jour il n'a jamais fait défaut.

Un typhique a contracté le choléra pendant le second septénaire et a succombé ; l'intestin a fourni les bacilles virgules, la rate les bacilles d'Eberth.

XIII. — Sur 170 femmes autopsiées dans toutes les formes et à toutes les périodes du choléra, et n'étant ni enceintes ni récemment accouchées, l'auteur a trouvé 110 fois (65 0/0) des lésions qu'il considère comme caractéristiques, et qui, d'après lui, peuvent expliquer la fréquence de l'avortement : épanchement sanguin dans la cavité utérine et infiltration sanguine des parois de cette cavité. Cette infiltration peut dépasser la muqueuse et s'effectuer dans les couches musculaires. Les éléments glandulaires sont le siège d'une nécrose de coagulation.

Dans le vagin, l'auteur a constaté des formations pseudo-membraneuses, une seule fois des ulcérations. Chez plusieurs sujets, cystite pseudo-membraneuse.

L'estomac d'un malade rapidement enlevé par le choléra était sillonné de traînées hémorragiques qui s'entrecroisaient. Dans les mailles du réseau ainsi constitué la muqueuse était pâle, mais présentait des lésions histologiques beaucoup plus accentuées que les parties injectées : la muqueuse y était nécrosée, dépossédée presque complètement de ses culs-de-sac glandulaires ; l'épithélium avait disparu ; les bacilles virgules s'accumulaient à la surface, dans le tissu nécrosé et dans les glandes subsistantes. La paroi gastrique présentait en même temps des streptocoques.

XIV. — Eug. Fränkel résume les notes de 516 autopsies.

Les hémorragies endo-utérines sur lesquelles insiste, avec raison, Deycke n'existent que chez les femmes dont les règles se sont produites récemment. Mais elles ne constituent pas des hémorragies menstruelles, car elles ne s'accompagnent pas toujours d'hémorragies des follicules de Graff. On trouve parfois des extravasats dans l'ovaire : l'auteur a vu un hématome ovarique atteignant presque le volume du poing.

Jamais de lésion importante des centres nerveux.

L'auteur a vu 8 fois la broncho-pneumonie, 4 fois la pneumonie lobaire fibrineuse ; dans un des cas l'apyrexie a persisté jusqu'à la mort. Pas de processus inflammatoire dans le poumon pendant l'algidité.

Un cas de diphtérie secondaire, avec bacille de Klebs-Löffler, dans la gorge.

Quelques hémorragies dans la rate. Une rate volumineuse était remplie de streptocoques.

Les lésions rénales sont telles que les décrit Simmonds. La nécrose des noyaux, des cellules épithéliales observées par Klebs à Gênes, est très rare, tandis que le protoplasma est toujours atteint. Très rare est la substance granuleuse qu'on a décrite dans l'intérieur de la capsule de Bowmann (glomérules). L'épithélium des glomérules est respecté.

Fränkel n'hésite pas à repousser l'opinion de Cohnheim d'après laquelle les lésions du rein ne seraient que la conséquence de l'arrêt circulatoire dans les artères. Il considère ces lésions, et spécialement celles de l'épithélium des canalicules contournés, comme dénotant un processus de dégénération toxique.

Entérite pseudo-membraneuse vue 15 fois dans l'intestin grêle, 6 fois dans le gros intestin ; elle n'existe qu'à la période de réaction.

Le bacille virgule, trouvé dans 442 autopsies, a manqué chez 94 sujets. Il existait une fois le 18e jour.

Pas de lésions du foie, de la vésicule, du pancréas.

La moelle des os longs présente constamment des foyers hémorragiques circonscrits ou des hémorragies diffuses au stade d'algidité.

XV. — Aux résultats déjà publiés par lui (*R. S. M.*, XLI, 153), Vincenzi ajoute ceci :

Le sérum sanguin des cobayes sains constitue un bon milieu de culture pour les bacilles virgules. L'immunité est obtenue à l'aide des cultures filtrées et des cultures chauffées à 65° ou 120° (Gamaleia). Le sérum sanguin des animaux vaccinés tue très rapidement les bacilles virgules. Les injections simultanées de bacilles et de sérum ne déterminent aucune réaction. L'injection du sérum dans le sang des cobayes atteints de choléra peut parfois guérir ces animaux. Le sérum sanguin conserve ses propriétés vaccinales à l'état sec.

Lorsque les cobayes vaccinés contre la fièvre typhoïde subissent l'inoculation cholérique, ils succombent à la septicémie comme les animaux sains. L. GALLIARD.

XVI. — Le bacille virgule est retrouvé 67 fois (44 décès, 23 guérisons) dans les selles diarrhéiques, pendant la vie. Le microbe a été identique dans tous les cas. Il y a eu une variation apparente de la virulence du bacille au début et à la fin de l'épidémie. Pas de différence fondamentale au point de vue bactériologique entre les cas suraigus et les cas légers. Le bacille s'est trouvé dans les différentes espèces de selles (riziformes, noires, jaunes, vertes). Huit fois sur dix les bacilles ont été trouvés très abondants dans les vomissements.

XVII. — Les matières fécales ne sont pas nécessairement décolorées. La sécrétion biliaire peut être exagérée, tout en étant altérée. Le foie peut être (14 fois sur 28) envahi par le bacille, moins de six heures après la mort. De même, présence des bacilles dans les canaux excréteurs du pancréas. DASTRE.

XVIII. — Dans les muscles du larynx, Boltz a constaté divers degrés de dégénérescence. Parfois de nombreuses fibres avaient perdu leur striation et le protoplasma était trouble et finement granuleux ; d'autres étaient absolument saines. Dans certains cas l'aspect granuleux coïncidait avec la striation persistante. Souvent il n'y avait aucune lésion à noter.

Mêmes particularités dans le diaphragme et les muscles du mollet.

Les lésions musculaires sont rares dans les cas foudroyants et dans les cas lents; elles s'observent de préférence dans le choléra moyennement rapide. Cependant la musculature était fort compromise chez un cholérique décédé le 15e jour.

Le protoplasma des fibres musculaires subit l'influence directe du virus. Dans un cas où le muscle thyro-aryténoïdien interne offrait une dégénérescence très accentuée, le nerf récurrent était absolument sain.

GALLIARD.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Ueber Pruritus Vulvae, par L. SEELIGMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 43, *p.* 1078, 24 *octobre* 1892).

Dans presque tous les cas de prurit vulvaire, il s'agit vraisemblablement d'une infection microparasitaire locale. Haussmann, Winckel, ont d'ailleurs constaté dans la vulvite diabétique, le leptothrix et le leptomitus.

De plus, les médications employées empiriquement contre le prurit vulvaire, sont des parasiticides : témoins l'acide phénique, préconisé par Schrœder (1/40 à 1/10); le sublimé ou l'acide salicylique au millième et les courants constants (*R. S. M.*, XL, 187).

Seeligmann a examiné au microscope et soumis à des cultures des parcelles raclées au niveau des parties prurigineusse chez une femme dont il rapporte l'observation; il a obtenu des cultures de la bactérie de l'urée et du coque de l'urée.

Il s'agissait d'une robuste femme, mariée, de 41 ans, dont le mari était parfaitement bien portant. Les urines de la malade étaient normales. Depuis 3 ans, il existait un prurit vulvaire qui cédait passagèrement chaque fois qu'on appliquait des antiseptiques. Cette femme n'avait pas d'écoulement vaginal et rien autre d'anormal à la vulve que de la rougeur et un peu de saillie du méat. Depuis quelque temps, elle éprouvait de fréquents et faux besoins de miction. Le canal urétral était le siège d'un papillome occupant la partie postérieure dans toute sa longueur. A la suite de l'ablation de la tumeur, qui avait 3 centimètres de long sur un de large, la miction est redevenue normale et le prurit vulvaire a disparu.

Seeligmann conclut qu'en présence d'un cas de prurit vulvaire, les indications thérapeutiques consistent :

1° A rechercher et à supprimer toutes les sources possibles d'infection parasitaire (diabète du mari, hygiène du vêtement féminin, linges menstruels, linge de corps, etc.), contamination par les cabinets d'aisances, etc., etc);

2° A combattre la prédisposition que les téguments vulvaires offrent à l'établissement des microparasites;

3° A tuer les germes existants.

Ce n'est qu'après avoir considéré, sans succès, le cas à tous ces points de vue, qu'on devra se résoudre à admettre une névrose. (*R. S. M.*, III, 214 et XIV, 603.) J. B.

Traitement de l'endométrite par l'ichthyol, par MARIANTCHIK (*Vratch, n*os 32 *et* 34, 1892).

Mariantchik a essayé le sulfo-ichthyolate d'ammoniaque dans 19 cas d'endométrite, hémorragique (8), blennorragique (4) et catarrhale (7), et dans 10 cas d'endométrite cervicale. L'application de ce médicament a toujours été faite topiquement, avec la solution pure ou mélangée de glycérine : il s'en est également servi en injections aqueuses à 2 ou 4 0/0. Le seul bénéfice constaté est de diminuer la douleur cervicale et utérine : le processus inflammatoire n'est pas modifié.

Curatolo (*Rif. med.* 31 mai 1892) a fait de son côté des expériences avec ce médicament, dont il se loue non seulement dans l'endométrite, mais dans les salpingo-ovarites. H. R.

Traitement des déchirures complètes du périnée, par POZZI (7e *Cong. fr. chir. Mercredi méd.*, 19 *avril* 1893).

Pozzi a ainsi modifié le procédé de Lawson Tait pour les déchirures périnéales, faisant communiquer l'anus et la vulve et accompagnées d'une déchirure de la cloison recto-vaginale.

On pratique l'avivement par une incision transversale portant sur les débris de la cloison. Aux extrémités de cette dernière sont tracées deux incisions verticales, étendues des petites lèvres au pourtour de l'anus ; puis on creuse, en décollant, de manière à relever en haut le vagin avec les restes de la cloison.

Les sutures sont ainsi faites. Un fil d'argent sur le vagin, un deuxième a l'angle du décollement de la cloison recto-vaginale et un troisième sur le rectum ; puis un double surget au catgut et une suture superficielle terminent l'opération. OZENNE.

Hystéropexie vaginale, par JACOBS (7e *Cong. fr. chir. Bulletin méd.*, 14 *mai* 1893).

Jacobs conseille le procédé suivant pour traiter la rétroversion utérine : avec une pince on attire le col au périnée et sur la paroi antérieure de ce col on pratique une incision curviligne à concavité supérieure ; cette incision donne un lambeau que l'on relève en haut. En décollant ce lambeau, on met à nu une certaine portion de la face antérieure du corps de l'utérus, sur laquelle on place des points de suture allant de la base de la surface cruentée du col à la limite du décollement supérieur. On serre ensuite ces points de suture, on fait basculer l'utérus, et, le lambeau décollé remis en place, on tamponne le cul-de-sac postérieur.

OZENNE.

Des suppurations du petit bassin chez la femme, par TERRIER, MICHAUX, etc. (7e *Cong. fr. chir. Gaz. des hôpit.*, 9 *mai* 1893).

Terrier a pratiqué 59 fois la laparotomie chez des jeunes femmes pour

des suppurations pelviennes ; dans 1 cas, il s'agissait d'une suppuration enkystée intra-péritonéale ouverte dans le rectum ; dans 42 cas, de collections tubaires siégeant le plus souvent dans sa partie externe ; dans 3 cas, d'abcès ovariens, et, chez une seule malade, d'une pelvi-péritonite à loges multiples suppurées. Le plus souvent on a noté de nombreuses adhérences avec les organes de voisinage et, dans quelques cas, des lésions inflammatoires manifestes de ces organes.

Relativement à la technique opératoire, Terrier insiste sur le drainage abdomino-pelvien qu'il a mis 43 fois en pratique avec de gros drains de caoutchouc qui, en général, restent en place une dizaine de jours, et sur les avantages que donne l'usage du plan incliné. Sur les 59 opérations, il y a eu 7 morts, soit une mortalité de 11,86 0/0, mortalité inférieure à ce que fournit l'hystérectomie vaginale appliquée aux mêmes cas.

Comme résultats éloignés, l'auteur se résume ainsi : 42 malades n'ont plus souffert depuis l'opération ; quelques-unes ont de petites douleurs, mais ne sont pas immobilisées ; 22 n'ont jamais eu leurs règles ; quant aux autres, elles ont présenté diverses irrégularités peu importantes. On peut donc conclure que, dans les suppurations salpingo-ovariennes, la laparatomie donne des résultats éloignés parfaits, et, comme sa gravité est moindre, elle est manifestement supérieure à l'hystérectomie.

Broca a fait 9 laparotomies se décomposant en 1 drainage de la poche et 8 extirpations ; sur ces 9 opérations, il y a eu un décès produit par une péritonite d'origine intestinale.

Boiffin est également partisan de la laparotomie dans ces suppurations ; il réserve l'hystérectomie aux lésions complexes avec fistules intestinales.

Delagénière soutient la même opinion. Sur 22 laparotomies, il n'a eu qu'un cas de mort et sur 4 hystérectomies, il a noté une mort rapide et 3 améliorations qui n'ont pas persisté. Comme résultats définitifs, l'auteur mentionne 15 guérisons complètes.

Pozzi regarde l'hystérectomie comme une méthode d'exception ; la laparotomie doit être la règle opératoire, elle est plus efficace et moins grave que l'hystérectomie. En trois années, il a été fait, dans son service, 208 laparotomies pour lésions inflammatoires des annexes avec 5 morts, soit 2,40 0/0 de mortalité. Ces opérations se décomposent ainsi : 126 laparotomies pour lésions non suppurées sans une seule mort, 82 laparatomies pour lésions suppurées avec 5 morts, soit 6,09 0/0 de mortalité. En ce qui concerne la technique, l'auteur opère, sans plan incliné, par une petite ouverture abdominale en rompant hardiment les adhérences pariétales ; il n'emploie le drainage à la gaze qu'incidemment.

Michaux a pratiqué 25 fois l'hystérectomie vaginale dans les mêmes conditions et 2 de ses opérées seulement sont mortes. D'après une statistique de Lafourcade, sur 375 hystérectomies, on compte 34 morts, soit 9,06 0/0 de mortalité, tandis que, sur 396 laparotomies, on en relève 58, soit environ 15 0/0 de mortalité.

Segond, après avoir discuté les statistiques des auteurs précédents, rappelle que, sur 117 hystérectomies vaginales, Jacobs n'a pas eu une seule mort. Pour sa part, il en a fait 128 se décomposant ainsi : 51 hystérectomies pour lésions non suppurées, toutes suivies de guérison opératoire, et 77 pour suppurations péri-utérines avec 11 morts, soit

28 0/0 de mortalité. Quoique ce chiffre soit supérieur à celui obtenu par les laparotomies, il ne le regarde pas comme un argument décisif contre l'hystérectomie.

Comme accidents opératoires, sur 250 hystéroctomies vaginales, il signale 3 ouvertures de la vessie et 3 ouvertures du rectum qui n'ont pas eu de suites funestes. Une seule fois une hémorragie sérieuse a dû être combattue ; jamais il n'y a eu de pincement de l'uretère. OZENNE.

De l'ovarite, par Paul PETIT (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., avril* 1892).

De nombreuses recherches microscopiques, les lésions de l'ovarite peuvent se distinguer en non kystiques et en kystiques. L'ovarite non kystique comprend deux variétés, l'aiguë et la chronique.

L'ovarité aiguë est corticale à la suite de la périovarite ; elle est diffuse lorsque le stroma est le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse; et consécutivement à ces deux formes elle peut devenir suppurée.

L'ovarite chronique présente une forme corticale et une forme disséminée qui constituent le passage à l'état chronique des deux formes d'ovarite aiguë. La sclérose de l'ovaire présente une forme hypertrophique et une forme atrophique, qui sont l'aboutissant de toutes les formes d'ovarite. Dans quelques cas, on trouve des kystes très nombreux et de développement très inégal, caractérisant une forme scléro-kystique. Assez souvent ces différentes lésions s'accompagnent de dégénérescence graisseuse.

L'ovarite kystique se distingue nettement des kystes prolifères, d'origine néoplasique. Les kystes rencontrés dans l'inflammation de l'ovaire se produisent par hydropisie des follicules ou du stroma. Ils sont généralement séreux, mais ils peuvent être aussi sanguins ou purulents. Les kystes sanguins peuvent d'ailleurs se produire d'emblée comme ceux qu'on rencontre dans le corps jaune. Il ne faut pas confondre ces lésions avec les kystes par ectasie lymphatique qui sont probablement toujours dépendants du varicocèle de l'ovaire. PORAK.

Des arthrites puerpérales de la symphyse sacro-iliaque. Diagnostic. Pronostic. Traitement, par BUDIN (*Progrès méd.*, 1er *avril* 1893).

Budin rapporte plusieurs observations résumées d'arthrites sacro-iliaques post-puerpérales; elles se caractérisent par des douleurs qu'exaspèrent la marche et la station debout; douleurs qui peuvent être provoquées par l'exploration directe ou indirecte, par le toucher, qui montre l'existence d'un empâtement en forme de bourrelet localisé. Il faut distinguer ces arthrites des métrites, et des affections périutérines, des névrites du plexus sacré, de l'arthrite sacro-coccygienne, du psoïtis, de l'appendicite. Le pronostic est très variable; la maladie guérit parfois lentement et peut récidiver. Le traitement consiste surtout dans le repos absolu au lit avec révulsions locales, et ultérieurement cures thermales, surtout bains de boue. H. L.

De la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes de l'utérus. Indications opératoires qui en résultent, par E. MONOD (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er *novembre* 1892).

Monod, après avoir rapporté une observation de ce genre et discuté la conduite à tenir en pareil cas, conclut ainsi :

Dans les cas de présence simultanée de kyste ovarique et de tumeur fibreuse, si la femme a passé l'âge de la ménopause, on s'abstiendra, après l'ovariotomie, de toucher à l'utérus, à moins que le fibrome, nettement pédiculé, soit assez volumineux pour faire craindre à l'avenir des accidents de compression.

Si la femme est encore assez éloignée de la ménopause, on enlèvera les fibromes pédiculés. Si la tumeur est sessile, mais limitée, on pratiquera l'hystérectomie suivant le procédé de Schrœder, si la malade a présenté des hémorragies sérieuses ; dans le cas contraire, on la respectera.

Enfin, en présence d'une grosse tumeur fibreuse, on se contentera d'extirper l'autre ovaire, dans l'espoir de parer aux accidents ultérieurs éventuels. OZENNE.

Du prolapsus de l'utérus et du vagin dans les kystes de l'ovaire, par BOURSIER (7e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 16 *mai* 1893).

Femme de 44 ans, nullipare, atteinte de douleurs des reins et du ventre depuis six ans. En 1891, on constate un prolapsus de la paroi vaginale postérieure et quelque temps après un abaissement de l'utérus avec rétroversion, en même temps que l'existence d'une tumeur abdominale.

Actuellement, on note de l'ascite qui est ponctionnée (10 litres de liquide jaune, gélatineux) et une tumeur mobile et fluctuante. Le prolapsus génital de 10 centimètres de diamètre est constitué par la paroi vaginale postérieure et une rectocèle ; l'utérus a son col en dehors de la vulve. Laparotomie, ablation d'un kyste ovarique ; suites normales ; pendant l'opération le prolapsus s'est spontanément réduit et ne s'est pas reproduit. OZENNE.

Sur les altérations anatomiques des myomes pendant la grossesse, par CORNIL (*Bull. acad. de méd.*, 7 *février* 1893).

L'examen histologique d'un myome développé durant le cours d'une grossesse a donné les résultats suivants. En premier lieu on a constaté des foyers de ramollissement des faisceaux musculaires, avec des fibres hypertrophiées granulo-graisseuses, dissociées par des leucocytes et des corps granuleux chargés des produits de leur désintégration. Ces différents éléments ont été trouvés soit dans le tissu cellulaire, soit dans le liquide contenu dans les géodes formées au sein de la tumeur.

Sur des coupes on voyait au niveau des îlots mortifiés des fibres musculaires petites sans noyau colorable et des vaisseaux privés de sang. Le myome vivant offrait des fibres musculaires hypertrophiées et des vaisseaux pleins de sang.

Ces modifications partielles de la tumeur sont dues à la compression, exercée par les faisceaux hypertrophiés du myome, et elles peuvent avoir comme conséquence l'atrophie très notable et même la disparition du myome après l'accouchement. OZENNE.

Des corps fibreux de l'utérus et de leur traitement par l'hystérectomie abdominale, par J. BŒCKEL (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er *décembre* 1892).

La méthode extra-péritonéale moins brillante, mais plus sûre que la méthode intra-péritonéale, convient aux fibromes, dont le pédicule, suffisamment long, peut être facilement amené au dehors. Elle constitue pour ces tumeurs la méthode de choix.

La méthode intra-péritonéale doit être réservée aux tumeurs fibreuses, à pédicule court et gros. On pourra recourir soit au procédé de la ligature élastique perdue, soit à l'hystérectomie totale (hystérectomie abdomino-vaginale combinée). Le premier de ces procédés convient surtout aux malades épuisées par des pertes antérieures; il est d'une simplicité extrême et d'une bénignité relative avérée. L'hystérectomie, à moins d'être pratiquée par l'abdomen seul, est plus compliquée et difficile, sinon impraticable chez les vierges et chez les femmes à vagin étroit; elle est contre-indiquée chez les vieilles femmes. OZENNE.

Des tumeurs fibreuses de l'utérus, par KŒBERLÉ, PÉAN, etc. (7e *Cong. fr. chir. Bulletin méd.*, 7-9 *avril* 1893).

Kœberlé constate que les fibromes, tumeurs ordinairement bénignes, peuvent devenir graves sous l'influence de causes variées; volume très considérable de la tumeur, fréquence et abondance de l'hémorragie et des pertes blanches, accroissement rapide de leur volume, douleurs violentes, enclavement de la tumeur. On doit s'abstenir de les opérer quand le fibrome, stationnaire, n'est ni gênant, ni douloureux et ne met pas la vie en danger et quand l'on a affaire à certaines tumeurs, à consistance mollasse, qui souvent diminuent de volume à l'avenir sous l'influence de traitements médicaux. Dans les autres cas, il faut recourir à l'intervention.

Péan, qui a opéré plus de 500 fibromes, s'élève contre la bénignité que quelques chirurgiens accordent à ces tumeurs, et contre l'influence favorable de la ménopause. Après avoir rappelé l'inutilité du curetage, du massage, de l'électricité dans la majorité des cas, il signale leur transformation en sarcome et leurs nombreuses conséquences sur les fonctions de la matrice, sur les annexes et sur tous les organes en général. Les états morbides, qui en découlent, sont nombreux et tous les systèmes nerveux, circulatoire, urinaire, etc., peuvent être plus ou moins atteints, ainsi que le démontre l'énumération des maladies que l'auteur a relevées chez ses malades.

Il en résulte donc que tout fibrome doit être enlevé. La statistique opératoire de Péan est la suivante : De 1868 à 1893, 200 tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques du corps de l'utérus opérées par l'hystérectomie abdominale ont donné 170 guérisons. 58 fibromes du corps de l'utérus, aussi volumineux, enlevés par la voie abdominale et la voie vaginale combinées, n'ont fourni qu'une mortalité de 2 0/0. Enfin la mortalité n'a pas dépassé ce dernier chiffre sur plus de 300 fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux opérés par la voie vaginale.

Doyen préconise également l'ablation de tout fibrome ; il en a opéré 33 et n'a perdu qu'une malade, par suite d'un accident indépendant de

l'opération ; il décrit ainsi son mode d'intervention : Après avoir ouvert le cul-de-sac postérieur et décollé la vessie, on sectionne longitudinalement la lèvre antérieure du col. Deux pinces à griffes saisissent les lèvres de cette incision aussi haut que possible et abaissent la portion supérieure du col : le cul-de-sac péritonéal antérieur est alors ouvert, en prolongeant vers le fond de l'utérus la section longitudinale. Si l'utérus est de moyen volume, il suffit d'abaisser, à l'aide de deux pinces, le corps même de l'organe saisi au niveau de sa surface péritonéale et d'entamer hardiment le fond de l'utérus, qui, après quelques tractions, se présente à la vulve.

Si le diamètre de l'utérus atteint 12 à 14 centimètres, on incise sa face antérieure en V et on tente d'abaisser ce V médian ; quand la boutonnière vagino-péritonéale se laisse distendre, on peut extraire en quelques minutes des tumeurs volumineuses d'une seule pièce. L'extraction est-elle impossible, on réduit le volume de la tumeur et, cela fait, l'utérus sort de la vulve. On saisit alors les annexes gauches avec une pince à anneaux, on abaisse le ligament large correspondant entre le pouce et l'index et l'on introduit une première pince à mors élastiques d'avant en arrière et de haut en bas, de sorte que l'ovaire se trouve répondre à la base des mors et le col utérin à leur extrémité ; la pince est serrée à fond et on en applique ensuite une deuxième plus grêle qui ne sera enlevée que quelques heures après la première. Le second ligament est traité de même et l'utérus détaché à grands coups de ciseaux, entraînant avec lui les ovaires et les trompes. Ce procédé d'extirpation, qui ne nécessite aucune forcipressure préventive est d'une exécution très rapide.

Bouilly estime que ces opérations radicales ne sont pas sans danger, quand elles s'appliquent à des cas graves, et que si l'hystérectomie pour petits fibromes est facile, elle est le plus souvent inutile dans ce dernier cas. Contre les hémorragies et les douleurs que ces tumeurs, de petit ou de moyen volume, provoquent, la castration tubo-ovarienne donne des résultats très satisfaisants. Sur 26 malades, ainsi opérées, Bouilly ne relève que 3 décès peu imputables à l'opération ; 18 d'entre elles n'ont plus présenté d'hémorragies ni de douleurs et la tumeur a diminué de volume ; dans 5 autres cas, il y a eu amélioration notable ; dans un seul, échec complet. Il en résulte que la castration doit être préférée toutes les fois qu'elle est possible dans de bonnes conditions.

Pozzi ne pratique la castration que lorsque les malades sont très débilitées ou lorsque les tumeurs, trop volumineuses, ne peuvent être enlevées par la voie vaginale ; dans les autres cas, il préfère l'hystérectomie vaginale avec morcellement et forcipressure.

Richelot a fait 34 hystérectomies avec morcellement qui lui ont donné 33 guérisons. D'autre part, depuis 1890, il a préconisé la réduction du pédicule avec ligature élastique et a opéré par l'hystérectomie abdominale 21 malades, dont 2 seulement ont succombé. Il recommande de procéder ainsi : Il faut cautériser la surface cruentée du pédicule avec le thermo-cautère ; la ligature doit être faite à la soie et on ramène le pédicule par-dessus la ligature de manière à ce que ce pédicule devienne extra-péritonéal.

Reynier a appliqué aux fibromes les opérations suivantes : Dans une première période, 6 hystérectomies abdominales avec pédicule extra-

abdominal, 4 succès et 2 morts. Dans une deuxième période : 4 opérations de Batey, 5 hystérectomies vaginales avec morcellement, 2 ablations vaginales de tumeurs avec morcellement, 12 laparotomies avec pédicule extra-abdominal, 2 laparotomies avec pédicule rentré et 1 hystérectomie abdominale avec ablation du moignon du col par la voie vaginale. En tout 26 opérations qui ont donné 25 succès et 1 mort. Reynier, interventionniste dans tous les cas où l'ablation est possible, est partisan de la laparotomie avec pédicule au dehors, sauf pour les fibromes enclavés et de moyen volume, qui doivent être traités par l'hystérectomie vaginale.

Bœckel, qui donne une statistique de 20 opérations, classe les tumeurs fibreuses en deux catégories : 1° celles à pédicule court et mince ou court et gros, elles sont justiciables de la méthode intra-péritonéale avec ligature perdue à la soie pour les premières et ligature élastique perdue pour les secondes ; 2° les tumeurs à pédicule long que l'on traitera par la méthode extra-péritonéale.

Jacobs a opéré 47 fibromes, dont 36 par la voie abdominale avec 23,6 0/0 de décès, et 11 par la voie vaginale, 11 guérisons. En général, il débute par le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Si cette voie est insuffisante, il fait la laparotomie, attire et fait basculer la tumeur et place latéralement des pinces qu'il remplace, après l'ablation, par des pinces vaginales.

Delagénière pose les conclusions suivantes : L'hystérectomie abdominale est l'opération de choix pour les grosses tumeurs. La castration ou l'opération de Hegar est l'opération de choix pour les petites tumeurs chez les femmes jeunes quand le symptôme dominant est l'hémorragie.

L'énucléation par morcellement est indiquée dans les cas de petites tumeurs sous-muqueuses. Pour tous les autres cas, c'est à l'hystérectomie totale abdominale qu'il faut recourir.

Bergonié et *Boursier* communiquent un travail sur les résultats donnés par le traitement électrique ; ils concluent que ce traitement (méthode monopolaire positive) est un palliatif efficace dans les cas de fibrome hémorragique, qu'il agit aussi favorablement sur l'état général (79 0/0) ; que les douleurs s'amendent souvent sous son influence (50 0/0) ; enfin que son action sur la diminution de la tumeur est rarement efficace (10 0/0). OZENNE.

Note sur les nouvelles applications du courant alternatif sinusoïdal en gynécologie, par APOSTOLI (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, *octobre* 1892).

Le courant sinusoidal appliqué dans la cavité utérine est inoffensif et bien supporté ; on n'observe ni réaction douloureuse, ni fièvre ; il s'accompagne le plus souvent d'une sédation marquée et d'une diminution de la douleur. Il ne modifie l'hémorragie qu'en ayant une légère tendance à provoquer quelquefois sa continuité. Il diminue ou fait disparaître très souvent, mais non constamment la leucorrhée, mais il n'a aucune action sur l'hydrorrhée. Son influence sur la régression des corps fibreux n'est pas établie, mais il active et favorise la résolution des exsudats péri-utérins.

Les résultats acquis prouvent qu'il doit prendre sa place à côté, mais non encore au-dessus, du courant faradique ou galvanique. PORAK.

I. — **Ueber das Sarcoma chorion-deciduocellulare (Deciduoma malignum), par Sigmund GOTTSCHALK** (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 4, *p.* 87, *et n°* 5, *p.* 116, 23 *et* 30 *janvier* 1893).

II. — **Discussion de la Société médicale de Berlin** (*Ibidem*, *n°* 50, *p.* 1287 *et* 1288, *n°* 51, *p.* 1315, 12 *et* 19 *décembre* 1892, *et n°* 4, *p.* 99, 23 *janvier* 1893).

I. — Gottschalk relate la première opération radicale (ablation de l'utérus et annexes par le vagin) faite pour un déciduome malin, ou mieux un sarcome, des villosités placentaires, à cellules de caduque.

C'est le huitième cas connu de cette affection. Les sept autres sont dus : un à Maier (*R. S. M.*, VIII, 530) ; un à Saenger (*Centralblatt f. Gynaekol.*, 1889) ; un à Pfeifer (*Prager med. Woch.*, 1890) ; trois à Chiari (*Wiener med. Jahrbücher*, 1877) qui, à la suite du cas de Pfeifer, a rectifié son diagnostic de cancers primitifs de l'utérus ; enfin, le dernier, le seul sans autopsie, à P. Mueller (*Travaux du 4e Congrès de gynécologie à Bonn*). Gottschalk exclut de sa définition aussi bien le deuxième cas de Maier, qui est une affection maligne du col, que les faits de Kuestner (*R. S. M.*, XXI, 197) et que l'observation de Klotz (*R. S. M.*, XXX, 547), tous publiés aussi sous le nom de déciduomes.

Le déciduome malin est une tumeur utérine, survenant à la suite d'avortements, qui entraîne la mort en six ou neuf mois et offre comme trait le plus caractéristique des métastases pulmonaires. Elle se révèle par des métrorrhagies profuses alternant avec un écoulement séreux très abondant, mais surtout par un affaiblissement et un amaigrissement tellement rapides qu'ils semblent inexplicables. Les femmes accusent principalement des douleurs de reins, de l'inappétence et de l'insomnie. Bientôt surviennent des vomissements incoercibles et des quintes de toux qui font songer à la tuberculose. La température est variable ; tantôt elle est inférieure à la normale, tantôt elle est fébrile et accompagnée de frissons, indiquant l'infection de l'économie par la tumeur. L'œdème malléolaire est précoce, l'urine peut contenir de l'albumine. Un signe physique pathognomonique, c'est que malgré l'extraction des résidus d'un avortement, l'utérus, au lieu de diminuer de volume, ne tarde pas à regrossir. Un autre fait caractéristique, c'est que chaque curetage est suivi d'une amélioration locale et générale toute passagère. Un diagnostic précoce n'est possible que par l'examen microscopique des parcelles ramenées par la curette et les soupçons doivent être éveillés dès qu'on constate le renflement en massue de la tête des villosités choriales. On doit alors substituer à l'instrument, l'examen par le doigt de la cavité utérine qui n'est pas dangereux et beaucoup plus significatif. Cette affection atteint aussi bien les multipares que les primipares. La tumeur a son point d'origine au niveau de l'insertion placentaire.

Voici, très résumée, l'observation de Gottschalk :

Femme de 42 ans ; en 1885, après deux avortements, rétroflexion utérine ; en 1886 et 1887, deux accouchements à terme ; à la suite du second, récidive de la rétroflexion ; en été 1891, troisième avortement suivi de curetage ; en décembre 1891, nouvelle grossesse ; en janvier 1892, à l'époque menstruelle, léger écoulement sanguin pendant un jour ; le 10 février, métrorrhagie profuse ; utérus rétrofléchi, mou et volumineux comme au deuxième

mois de la grossesse ; les jours suivants, restes de placenta dans les pertes qui sont profuses ; le 18 février, curetage qui ramène de nombreux débris de caduque ; les trois jours suivants, douleurs expulsives et issue de caillots volumineux ; le 21 février, col largement ouvert ; au niveau de l'orifice interne, on sent l'extrémité inférieure d'un corps allongé, spongieux, facile à détacher de son point d'insertion à l'angle droit du fond de l'utérus (fragment du placenta). Durant les six semaines suivantes, écoulement rougeâtre abondant ; le 8 avril, nouvelle perte sanguine incomplètement arrêtée par le tamponnement ; le 28 avril, un nouveau curetage n'extrait que quelques lambeaux de caduque. Les hémorragies ne tardent pas à reparaître et persistent malgré le redressement de l'utérus. Le 24 juin, la perte est si profuse qu'elle détermine une syncope ; le col est largement béant, la cavité utérine dilatée et pleine de masses d'apparence placentaire ; extraction de plusieurs poignées de masses spongieuses, rouge foncé, adhérant surtout à l'angle droit et au fond de l'utérus. Anémie intense, œdème malléolaire, toux quinteuse, pas d'albuminurie. Les hémorragies continuant, on fait un nouveau raclage le 27 juin ; les pertes sanguines s'arrêtent, mais il y a un écoulement rougeâtre. Huit jours après le curetage, surviennent des vomissements répétés plusieurs fois par jour et des quintes de toux ; le 22 juillet, métrorrhagie profuse et utérus redevenu volumineux comme avant le raclage. Le lendemain, Gottschalk voit pour la première fois la malade. Utérus gros comme au huitième mois d'une grossesse, rétrofléchi, très mobile, mou et douloureux ; après dilatation artificielle du col, on constate que la partie supérieure de la cavité utérine est occupée par des masses molles, un peu bosselées, qui pénètrent dans l'épaisseur des parois et se laissent enlever sans que jamais le doigt rencontre la résistance normale de la musculature de l'utérus. Examinées sous le microscope, ces masses représentent une dégénération sarcomateuse des villosités choriales placentaires. Sur les villosités malades, la substance muqueuse a complètement disparu pour faire place à de grosses cellules, polymorphes, riches en protoplasma, nettement distinctes de l'épithélium villeux qui a lui-même proliféré. Le point de départ de la néoplasie est bien dans les cellules du stroma villeux, car il subsiste des villosités dont l'épithélium est encore presque normal, tandis que leur stroma est sarcomateux. La caduque réfléchie, entourant l'insertion placentaire, est traversée en tous sens par des villosités malignes au niveau desquelles existe une prolifération du tissu interglandulaire.

A la suite de ce curage manuel, on constata pour la première fois la cessation complète de tout écoulement durant une quinzaine ; mais l'état général resta mauvais, les vomissements, la toux, la faiblesse, la petitesse et la fréquence du pouls persistèrent ; puis il y eut réapparition d'abord de l'écoulement, ensuite des métrorrhagies et augmentation de volume de l'utérus. Le 12 août, une nouvelle dilatation artificielle du col fait reconnaître la reproduction du néoplasme au niveau de l'insertion placentaire et son extension à l'angle gauche et à la paroi postérieure du fond de l'utérus. Dès le lendemain, violent frisson avec 40°,3.

Opération radicale le 16 août, la malade ayant 150 pulsations et une température de 39°,4. Ablation par le vagin de l'utérus, des trompes et des ovaires ; l'ovaire droit contient un corps jaune récent. Suture continue de la cavité péritonéale ; fixation des moignons dans la plaie ; drainage des ligaments larges. Immédiatement après, disparition de la toux et des vomissements, mais persistance de l'œdème malléolaire, sans albuminurie. L'opération date de trois mois et il n'y a pas eu jusqu'ici de récidive.

L'utérus était très augmenté dans tous ses diamètres, sa cavité avait une longueur de 16 centimètres. Au niveau des parois saines, la musculature

était hypertrophiée, pâle et graisseuse, tandis qu'au niveau des parties malades les parois n'avaient qu'une épaisseur de quelques millimètres et offraient l'aspect rouge vif du néoplasme. Les excroissances villeuses proéminaient dans la cavité utérine et s'enfonçaient dans la profondeur ; il ne subsistait pas trace de muqueuse à leur niveau. Dans l'épaisseur de la paroi antérieure, près du fond et de la corne gauche, se trouvait un noyau, rouge grisâtre, gros comme une noisette, dur, de surface irrégulière, relié aux proliférations superficielles, par des troncs de villosités et composé de villosités sarcomateuses qui avaient perforé les muscles. Le caractère malin de l'affection ressort pleinement quand on réfléchit qu'il ne s'était écoulé que deux semaines et demie depuis le dernier raclage utérin.

Gottschalk établit les caractères qui différencient cette affection de la môle hydatiforme destructive, des polypes placentaires destructeurs, du myxome fibreux et de la grossesse dans un utérus sarcomateux.

II. — Contrairement à Veit, qui ne voulait voir dans le cas de Gottschalk qu'une grossesse survenue dans un utérus cancéreux, Waldeyer, qui a examiné l'utérus enlevé, confirme l'interprétation de Gottschalk, à savoir qu'il s'agit bien d'un sarcome des villosités choriales. J. B.

Sur le traitement de l'albuminurie gravidique, par JACCOUD (*Bull. acad. méd.*, 7 *février* 1893).

Dans l'albuminurie gravidique, Jaccoud institue le régime lacté exclusif, l'emploi systématique des inhalations d'oxygène, et il recommande d'éviter tout refroidissement. Comme traitement préventif de l'albuminurie, il conseille chez toute femme enceinte le régime lacté mixte.

OZENNE.

Sur le traitement de l'éclampsie, par PINARD, GUÉNIOT etc. (*Bull. acad. méd.*, 31 *janvier* 1893).

Pinard rapporte que, depuis 1883, il a vu 79 éclamptiques, sur lesquelles il a noté 66 guérisons ; le traitement qu'il applique est le suivant :

Comme traitement prophylactique des accidents convulsifs : régime lacté absolu; comme traitement des accès : chloroforme et chloral ; comme traitement consécutif : antisepsie sévère. Guéniot rappelle, comme notion généralement acquise, que la cause de l'éclampsie est une intoxication du sang. Or l'albuminurie n'est pas le seul indice révélateur de cette intoxication, il en est un autre tout aussi important, c'est l'oligurie ; quant à l'accouchement provoqué dans la thérapeutique usuelle de l'éclampsie, l'auteur repousse formellement ce mode d'intervention. Il ne l'admet qu'à titre tout à fait exceptionnel.

Robin soutient que pour combattre l'intoxication, il faut avoir recours aux saignées locales et employer tout ce qui peut activer les oxydations et solubiliser par combinaison les toxines pathogènes de l'urémie.

OZENNE.

La circulation fœto-placentaire pendant la délivrance, par CANGLIA (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, *novembre-décembre* 1892, *janvier* 1893).

L'auteur a construit une balance munie d'une plume se mouvant sur un cylindre enregistreur. Ce dispositif, permet lorsqu'un nouveau-né tient

encore au placenta par son cordon, de se rendre compte des modifications de poids qu'il présente après sa naissance. Ces modifications de poids ont permis d'apprécier le mécanisme suivant lequel le sang placentaire pénètre dans le corps du nouveau-né.

La pression due à la rétractilité et à la contractilité de l'utérus sont la véritable cause de la pénétration du sang du placenta dans le corps de l'enfant. Cela résulte de la différence de la pression calculée dans l'utérus qui équivaut à 56 centimètres 1/2 de mercure, tandis que la tension dans la veine cave ne dépasse jamais 15 centimètres chez l'enfant vivant et bien portant. L'expérimentation directe démontre d'ailleurs que chez les enfants asphyxiés le poids de leur corps alors qu'ils tiennent au placenta par le cordon augmente, moins, il est vrai, que ceux qui respirent largement. Mais cette différence tient à l'augmentation de la tension du sang dans le système veineux pendant l'asphyxie

Le retour du sang par les artères ombilicales est toujours moins considérable que l'arrivée du sang dans les veines. Cela résulte avec évidence de la différence de la pression sanguine dans les veines ombilicales et dans les artères. Cette question reste connexe du mécanisme de l'arrêt des pulsations artérielles dans le cordon. On admet habituellement que cela tient à la pression musculaire des parois des artères ombilicales. Plusieurs expériences ingénieuses de l'auteur montrent qu'il faut expliquer les phénomènes par la compression subie par le placenta dans l'utérus. Ainsi la même cause qui fait progresser le sang du placenta vers le fœtus arrête l'arrivée du sang du fœtus vers le placenta. P.

De l'inertie apparente pendant la période d'expulsion : moyen d'y remédier, par S. REMY (*Arch. de toc. et de gyn.*, *mai* 1892).

L'auteur n'aborde que deux des causes de l'inertie de l'utérus pendant la période d'expulsion, inertie qu'il désigne sous le nom d'apparente pour exclure toutes les causes où l'insuffisance des contractions utérines et l'augmentation des obstacles à la progression fœtale expliquent le retard de l'accouchement.

Lorsque la partie fœtale se trouve dans l'excavation et que la cause de l'inertie échappe à l'examen le plus minutieux, il faut penser que la tête fœtale faisant bouchon oblitère l'excavation pelvienne au point de retenir dans la cavité utérine du liquide amniotique en abondance suffisante pour empêcher la rétraction de l'utérus et son action expulsive. Donc, lorsque aucun symptôme n'amène de craintes sur la santé de l'enfant, il faut pendant les contractions favoriser l'issue du liquide amniotique.

L'auteur publie trois observations où cette conduite fut suivie du résultat le plus favorable.

Lorsque la tête fœtale appuie sur le périnée, sans pouvoir franchir la vulve, la cause de l'inertie tient quelquefois à la situation de la parturiente. On sait, d'ailleurs, combien il est difficile à certaines femmes d'uriner ou de rendre les garde-robes dans cette situation. Naturellement, d'ailleurs, beaucoup d'entre elles, pendant cette période du travail choisissent la situation accroupie. L'auteur publie six observations où, ayant

décidé une application du forceps, la simple situation obstétricale donnée à la femme, détermina une activité suffisante des contractions utérines pour que l'accouchement pût se produire spontanément. PORAK.

Œdème du col au point de vue de la dystocie, par ETIENN (*Arch. de toc. et de gyn., mars* 1892).

Contrairement à l'opinion habituellement admise, les O. I. D. P. ne prédisposent pas d'une façon certaine à l'œdème de la lèvre antérieure du col pendant l'accouchement. Bien plus, dans un cas, sur les dix observations inédites, les présentations étaient pelviennes ou en O. I. G. A.

D'accord avec les notions classiques, cet accident sera cause de lenteur du travail. Mais le plus souvent on peut rétropulser la tumeur au-dessus de la tête, sans qu'il soit nécessaire de scarifier ou de recourir à une intervantion instrumentale. PORAK.

I. — Enclavement de la tête dans les positions occipito-postérieures du forceps et dérapement du forceps, par S. REMY (*Arch. de toc. et de gyn., février* 1892).

II. — Etude sur les occipito-postérieures, par VALLOIS (*Arch. de toc. et de gyn., août-septembre* 1892).

I. — Dans les positions occipito-postérieures, les tractions du forceps ont tantôt pour résultat de faire tourner l'occiput en arrière, tantôt de le faire tourner en avant, tantôt de ne lui imprimer aucun mouvement de rotation. Lorsque l'occiput tourne en arrière, l'abaissement de la tête a pour résultat d'amener le front sous le pubis et de dégager à la vulve les diamètres fronto-bregmatique, frontal-occipital, et lorsque le sous-occiput est dégagé au devant du périnée, de dégager le sous-occipito-frontal, le sous-occipito-nasal et enfin le sous-occipito-mentonnier. D'autres fois la position occipito-postérieure est persistante. On ne peut pas appliquer le forceps courbure du côté de l'occiput, on est forcé de le placer courbure du côté de la face. Il s'en suit que l'extrémité des cuillers est appliquée contre le front. Dans ces conditions, les tractions ont ordinairement pour résultat d'aborder le front, c'est-à-dire d'enclaver davantage la tête et de rendre impossible la flexion de la tête, condition nécessaire de la rotation en avant de l'occiput. La tête ne pouvant pas être fléchie, ni attirée en bas, il s'ensuit nécessairement le dérapement de l'instrument. Le forceps de Tarnier ne donne plus l'indication du sens à donner aux tractions. Pour obvier à cet inconvénient, il faut exercer les tractions très en arrière, de façon à éviter la déflexion de la tête et en se méfiant de l'élévation des branches du forceps, qui indique le dérapement de l'instrument.

II. — Étude historique et critique complète de la question.

L'auteur donne la statistique suivante de la fréquence des positions du sommet, confirmant ainsi les opinions de Swayne. Voici cette statistique : O. I. G. A. 65.95 0/0; O. I. D. P. 33,5 0/0; O. I. G. P. 0,45 0/0; O, I. D. A. 0,15 0/0. On voit donc que contrairement aux opinions classiques l'orientation de la tête, suivant le diamètre oblique droit du bassin, serait très rare. La durée du travail n'est pas plus longue chez

les primipares dans les O. I. D. P. que dans les O. I. G. A. C'est surtout chez les multipares que le travail dans les O. I. D. P. est notablement plus long. La mortalité maternelle n'a pas été influencée par la position. Sur 670 O. I. D. P., une seule fois le dégagement se produisit en O. S., et une autre fois il y eut conversion d'une présentation du sommet en présentation de la face. On a pratiqué 20 fois l'application du forceps dans les O. I. D. P. (2,98 0/0) contre 39 fois (2.95 0/0) pour les O. I. G. A., c'est-à-dire sensiblement aussi souvent dans un cas que dans l'autre. Sur 9 cas de O. I. G. P., 5 fois la terminaison fut spontanée, 3 fois en O. S., 2 fois en O. P., 4 fois on dut appliquer le forceps et dégager 3 fois la tête en O. S. et une seule fois en O. P. Les gauches postérieures sont donc beaucoup moins favorables que les droites postérieures.

De cette étude, l'auteur conclut qu'on doit toujours tenter, lorqu'on se décide à intervenir, à favoriser la rotation de l'occiput en avant, soit avec la main, soit avec l'une des cuillers du forceps et de profiter du chemin gagné pour appliquer le forceps courbure vers l'occiput. Mais contrairement aux assertions régnantes, cette rotation est quelquefois impossible. Dans ce cas, il faudra dégager la tête en O. S. P.

Grossesse tubaire double et bilatérale ; laparotomie ; guérison, par W. WALTER (*Brit. med. j., p.* 732, 1er *octobre* 1892).

Femme de 29 ans, dernières règles en juillet, mais suppression en mai et en juin ; pendant ce dernier mois, douleurs abdominales surtout pendant la défécation, et élancements aux seins. La malade ne se croit pas enceinte. On trouve l'utérus normal, mais dans le ligament large une tumeur du volume d'une orange. La malade attend sept mois avant de se faire opérer. A cette date, on retrouve la tumeur du ligament large gauche non modifiée, mais à droite se voit une tuméfaction kystique de nature douteuse. On diagnostique une double salpingite et une grossesse tubaire gauche.

La veille de l'opération, douleur violente et signe de péritonisme. L'opération n'en est pas moins exécutée. On tombe sur la trompe droite rompue et distendue par des caillots ; la trompe gauche présente un fœtus ancien enkysté et caséeux : guérison. H. R.

Zur Lehre der Extrauterinschwangerschaften (Grossesses extra-utérines), par SIPPEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 37, *p.* 826, 1892).

1° Femme de 29 ans, ayant un retard de quinze jours et expulsant au bout de quelques jours une membrane. Trois semaines plus tard, douleurs atroces, symptômes d'hémorragie interne, mort. On trouve, à l'autopsie, l'abdomen rempli de sang. La trompe gauche contient un œuf récemment déchiré; c'est l'origine de l'hémorragie. Il y a un corps jaune dans l'ovaire *du côté opposé.*

2° Grossesse tubaire, avec fœtus de 7 mois vivant. L'auteur trouve, après laparotomie, la trompe droite considérablement distendue; les deux tiers de l'œuf sont dans la cavité abdominale, l'autre tiers dans le ligament large. Les parois sont tellement minces qu'on aperçoit en certains points le fœtus. Après le décollement des adhérences on voit se produire brusquement, au niveau du placenta, une déchirure des parois du sac. Hémorragie abondante. On incise rapidement le sac, on extrait un enfant vivant et l'on s'efforce de comprimer le placenta. Le chirurgien se hâte d'aller à la recherche de l'artère utéro-ovarienne. Pour cela il est obligé d'agrandir l'incision de la paroi ab-

dominale. Quand il parvient à faire sa ligature, il est trop tard. L'opérée a perdu une masse énorme de sang. Malgré les injections sous-cutanées de sérum artificiel, elle meurt au bout de 20 heures. L. GALLIARD.

Operation fructueuse de rupture utérine, par FEHLING (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n*° 20, *p*. 642, 15 *octobre* 1892).

Secundipare à bassin uniformément rétréci. Sous la violence des douleurs expulsives, rupture spontanée de l'utérus. L'enfant avait, en majeure partie, passé dans la cavité abdominale; perforation et extraction, puis laparotomie. La face antérieure de l'utérus présentait, à partir du col, une déchirure pénétrante, oblique ; une deuxième déchirure se trouvait dans la paroi postérieure et s'étendait dans le ligament large du côté gauche.

Suture des deux déchirures. Guérison avec peu de réaction inflammatoire.

L'utérus semble être fixé à la paroi abdominale antérieure. J. B.

MALADIES DES ENFANTS.

I. — De l'hystérie chez les nouveau-nés, par CHAUMIER. Rapport par OLLIVIER (*Bull. acad. méd.*, 28 *juin* 1892).

II. — De l'hystérie chez les nouveau-nés, par MAGITOT (*Ibidem*, 12 *juillet* 1892).

III. — Des accidents de la dentition, par PAMARD. Discussion (*Ibidem*, 9 *août* 1892).

IV. — Des maladies de la dentition, par MAGITOT (*Ibidem*, 30 *août* 1892).

V. — Des maladies de la dentition, par SÉJOURNET (*Ibidem*, 20 *septembre* 1892).

I. — Chaumier rapporte un certain nombre d'observations d'après lesquelles il croit établir que l'hystérie existe fréquemment chez les enfants au-dessous de deux ans, et qu'elle affecte trois degrés, auxquels correspondent des phénomènes particuliers : 1° phénomènes émotifs; 2° pamoisons; 3° grandes attaques convulsives. Ces principales manifestations ne sont pas une condition *sine quâ non* de la maladie, qui peut se révéler de toute autre façon; elles existent tantôt seules, tantôt accompagnées de contractures, de paralysies et de tremblement. Ce diagnostic est important à faire, de même qu'il doit être discuté d'avec les affections cérébrales, les affections du larynx et le trismus. La guérison de l'hystérie, chez l'enfant, est en général facile.

Après quelques réserves sur cette étude, le rapporteur expose les opinions qui ont été successivement émises sur les rapports des accidents de la dentition et des phénomènes nerveux (les convulsions en particulier) qui les accompagnent, et il admet que l'évolution dentaire normale chez un enfant ne produit pas de convulsions; ces dernières, quand elles éclatent, dépendent d'une autre cause.

II. — D'après Magitot, les accidents dits de première dentition doivent être attribués à une tout autre cause.

III. — Pamard affirme, au contraire, d'après des centaines d'observations, que tout travail de dentition s'accompagne d'un trouble de la santé de l'enfant; qu'il s'accompagne de phénomènes réflexes du côté des organes respiratoires dans les climats froids et même dans la saison froide, et de phénomènes réflexes du côté des organes digestifs dans les climats chauds et même dans la saison chaude.

Ces accidents sont variables suivant les enfants, toujours plus accusés chez ceux qui ne sont pas soumis aux règles d'une bonne hygiène; dans ce dernier cas, ils sont l'une des causes de la mortalité qui sévit à cet âge.

Pamard rappelle encore les bons effets que donne l'ouverture de la gencive, et il admet, jusqu'à preuve contraire, que les maladies liées à la dentition chez l'enfant existent avec des caractères, une marche, qui sont bien nets et bien établis.

Ollivier ne nie pas l'existence des accidents de dentition, mais il estime que leur fréquence a été beaucoup exagérée.

Le Roy de Méricourt, Hérard, Charpentier, Péter et Hardy se rallient à l'opinion de Pamard, tout en constatant qu'on a tort de rapporter à la dentition tous les accidents qui se montrent à ce moment chez les enfants.

IV. — Magitot persiste à nier le rapport de cause à effet de l'éruption dentaire avec les maladies du jeune âge.

Quant aux lésions gingivales, qui auraient lieu au moment de la sortie de la dent, l'auteur ne les a jamais constatées, et si l'incision procure quelque soulagement, c'est parce qu'elle agit comme révulsif chez les enfants nerveux.

V. — Séjournet ne regarde pas la dentition comme une cause sérieuse des maladies infantiles; d'après ce qu'il a observé, elle ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire, puisque sur sept cent trente-quatre enfants, il n'en a vu que trente-sept chez lesquels il paraissait exister une certaine relation entre la dentition et la maladie. OZENNE.

I. — Ueber Dentitionsfieber und seine Behandlung, par Hermann MUELLER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 20, *p.* 626, 15 *octobre* 1892).

II. — Discussion de la Société des médecins de Zurich (*Ibidem*, *n°* 15, *p.* 481, 1er *août* 1892).

I. — Le travail de Mueller est consacré à réfuter l'assertion de Kassowitz que la fièvre de dentition est un mythe résultant d'erreurs de diagnostic.

Mueller apporte à l'appui de son existence des courbes thermométriques et les effets immédiats des scarifications gingivales. Il cite entre autres faits celui de sa propre fille qui, depuis cinq jours, n'avait pas fermé l'œil pendant une heure, tandis que vingt minutes après la petite opération, elle s'endormit tranquillement et ne s'éveilla que sept heures plus tard.

L'objection des adversaires que la dentition est un acte physiologique

n'est pas valable, puisqu'on peut dire la même chose de la menstruation et de l'accouchement.

Bien entendu, la fièvre de dentition ne s'observe pas chez tous les enfants, ni même toujours à toutes leurs éruptions de dents. Il semble qu'elle soit plus commune pour les premières molaires et les canines. Cette fièvre peut être continue, durer plusieurs jours (elle cède toujours immédiatement après les incisions), et même atteindre un degré considérable (jusqu'à 40°,8). D'autres fois elle est rémittente.

II. — Oscar Wyss croit aux accidents de dentition et est partisan des scarifications gingivales. Ses deux filles ont eu à ce moment du coryza, de la laryngite et même du spasme laryngé pendant une ou deux nuits. La dentition peut se compliquer d'otites même perforantes et d'exanthèmes. D'autres fois tous les accidents se bornent à de la fièvre. Wyss pratique des incisions transversales le long de la dent qui pointe. Comme désinfectant, il se sert d'acide borique.

W. Schulthess a observé sur son propre enfant, au moment de la seconde dentition, une stomatite très douloureuse limitée au voisinage de la dent en train de percer. J. B.

Hémiplégie droite avec aphasie chez un enfant, par A. BAGINSKY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 48, *p.* 1228, 28 *novembre* 1892).

Enfant de 5 ans 1/2 qui, après avoir présenté pendant quatre semaines, de la lassitude, un peu de toux et une seule fois des vomissements a été pris il y quatre jours d'hémiplégie droite avec aphasie. Le père est atteint d'ataxie locomotrice; un autre de ses enfants a déjà eu une attaque d'apoplexie. Pas trace de syphilis.

Les membres et le facial inférieur droits sont entièrement paralysés; aphasie; rien du côté des sens spéciaux. Endocardite mitrale récente. Mort rapide par affaiblissement du cœur avec hydropisie.

Autopsie. Embolie de la branche antérieure de l'artère sylvienne gauche. L'embolus, rouge brunâtre et friable, se continue par un thrombus noir qui n'obstrue qu'incomplètement le vaisseau. Ischémie, sans ramollissement, de la circonvolution de Broca. Ramolissement complet du corps strié gauche, spécialement de son noyau lenticulaire. Hémorragie du volume d'un pois dans la capsule interne, un peu en dehors et en arrière de la partie antérieure du noyau caudé. Les parties voisines postérieures offrent du ramollissement rouge qui se continue en arrière sur une largeur de 1/2 centimètre avec du ramollissement jaune occupant surtout le noyau lenticulaire.

Inflammation récente de la valvule mitrale avec petites excroissances sur les valves.

Excroissances ne dépassant pas les dimensions de grains de sable sur les valvules aortiques.

Dans l'oreillette droite, thrombus adhérent, rouge brun, qui paraît avoir été le point de départ de l'embolie. J. B.

Un caso di meningite cerebro-spinale da bacillo di Eberth, par E. MEUSI et T. CARBONE (*La Riforma medica*, *p.* 14, 3 *janvier* 1893).

Enfant de 6 ans, prise, trois jours après la guérison d'une fièvre typhoïde, d'un frisson violent, avec céphalée intense, vomissement, fièvre, puis délire, contracture des membres, herpès labial, paralysie faciale droite, mort au cinquième jour; à l'autopsie : méningite cérébro-spinale fibrino-purulente, lésions de fièvre typhoïde dans l'intestin et les ganglions mésentéri-

ques; les cultures donnent un bacille présentant les caractères du bacille d'Éberth et différant du bacillus coli. GEORGES THIBIERGE.

Trépanation pour abcès du lobe frontal chez une enfant, par ZELLER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 34, *p.* 860, 22 *août* 1892).

Fillette de 13 ans, ayant eu, au milieu de janvier, une grippe compliquée d'un phlegmon de l'orbite droit qui fut ouvert. A l'entrée à l'hôpital, on fit, le long du rebord orbitaire supérieur, une large incision qui tarit la suppuration. Mais bientôt apparurent des phénomènes d'irritation cérébrale : vomissement, céphalée diffuse, lenteur du pouls. Puis les douleurs de tête se localisèrent à la moitié droite du front, près de la ligne médiane. Neurorétinite avec œdème de la papille et hémorragies du côté gauche, tandis que l'œil droit n'offrait que de l'injection des vaisseaux profonds et un peu d'effacement des contours de la papille. Jamais de fièvre ni de troubles du sensorium.

Opération par Sonnenburg. Dans l'idée que la suppuration s'était fait jour dans le cerveau à partir du toit de l'orbite droit, il refendit la cicatrice placée le long du bord orbitaire supérieur. Il trouva une petite perte de substance de la voûte de l'orbite, qu'il agrandit sans découvrir trace de passage du pus. Dès lors, il pratiqua une incision verticale sur la moitié droite du front et trépana le frontal près de la ligne médiane. La dure-mère, à découvert, ne battait pas. Une ponction exploratrice dans la portion antérieure du lobe frontal droit fournit du pus blanc, crémeux, et l'ouverture de l'abcès, assez profond, donna issue à 60 grammes de ce liquide. Immédiatement les pulsations de la dure-mère reparurent et le pus s'écoula rhytmiquement du drain qu'on introduisit et qui fut enlevé huit jours plus tard. Le pouls est redevenu normal de fréquence, les vomissements et la céphalalgie ont cessé. Guérison parfaite. J. B.

Eine Craniektomie wegen Mikrocephalie, par KURZ (*Wiener medizinische Presse*, 23 *octobre* 1892).

Garçon de onze mois, fils de parents sains, atteint de microcéphalie et de convulsions persistantes durant depuis sa naissance. Nourri artificiellement pendant treize jours, il ne fut capable de prendre le sein que le quatorzième jour. Pendant deux mois, ses jambes restèrent en état de contracture, puis survinrent de continuelles convulsions des bras et des jambes. Le visage de l'enfant était démesurément développé, tout spécialement les parties molles du maxillaire inférieur. Le crâne très petit, aplati à l'occiput, mais sauf cela à peu près de forme normale; pas de traces de sutures, ni de fontanelles qui étaient entièrement ossifiées.

Les yeux regardent en haut, la cornée étant en grande partie recouverte par la paupière supérieure ; strabisme divergent. Pas de réaction pupillaire. L'enfant semblait ne rien entendre ; l'expression de son visage était bestiale.

La crâniectomie fut faite le 13 mars 1892, l'enfant ayant treize mois.

Ablation, sur 16 centimètres de longueur, d'une lame osseuse de 1 centimètre de large, s'étendant aussi en ligne droite du front, l'occiput. La dure-mère fut absolument respectée.

Résultats : diminution des plus notables des secousses des membres tout de suite après l'opération et de plus en plus marquée les jours suivants.

Deux mois après, l'état du malade est le suivant : Complète cicatrisation. Reconstitution complète des portions osseuses enlevées; le crâne est dur partout. La périphérie de la tête a augmenté d'un centimètre. Les secousses convulsives durent encore, mais rares et peu violentes. État général excel-

lent. L'enfant peut mouvoir spontanément ses bras ; l'expression de son visage est plus humaine. Les pupilles réagissent toujours peu à la lumière. Les yeux ne fixent rien, mais ils ne sont cependant plus continuellement tournés en haut. CART.

Craniectomy for double optic neuritis with microcephaly, par R. Shalders MILLER (*Brit. med. j., p.* 176, 23 *juillet* 1892).

Enfant de 8 mois, microcéphale et aveugle par suite d'une double névrite optique. Contracture des quatre membres ; ossification précoce des os du crâne, intelligence obtuse.

Opération le 22 mars. Crâniectomie linéaire sous le chloroforme; la respiration et le pouls, d'abord inquiétants, se relèvent à mesure que l'on résèque une plus grande étendue de l'os : la longueur de la portion excisée est de trois pouces, commençant à l'éminence frontale gauche et prolongée parallèlement à la suture sagittale. Guérison rapide, le cuir chevelu se réunit par première intention. La contracture spasmodique des membres diminua les jours suivants, ainsi que le nystagmus et le strabisme. Plus tard la vision revint partiellement, et l'intelligence s'améliora beaucoup, en même temps que le développement physique du corps suivit une marche parallèle. H. R.

Trépanation pour remédier aux symptômes locaux dans un cas de porencéphalie ; mort par scarlatine, par WILLARD et LLOYD (*Amer. j. of the med. sc., p.* 381, *avril* 1892).

Enfant de 7 ans; hémiplégie spasmodique bilatérale d'origine cérébrale. Bras droit contracturé, mouvements d'athétose, exagération du réflexe rotulien ; les jambes sont paralysées.

L'enfant ne pouvait marcher, il fléchissait sur ses jambes ; strabisme interne. Intelligence diminuée. Bon état général, ni traumatisme antérieur, ni affection grave, ni anesthésie, ni atrophie. Au bout d'un mois on constate une série de crises convulsives à la suite desquelles l'athétose du bras augmente. L'œil examiné montra les pupilles normales et du strabisme interne.

Trépanation le 12 décembre. Un jet de liquide encéphalo-rachidien sortit dès l'ouverture de la dure-mère.

Le doigt introduit au-dessous de la dure-mère pénétrait dans une large cavité sans rencontrer la substance cérébrale. Au fond, l'œil aperçeva t un orifice qui semblait donner accès dans le ventricule. On referma la plaie après suture de la dure-mère. La température s'éleva pendant les 48 premières heures. Au 4e jour la réunion était parfaite, lorsque de nouveau brusquement le thermomètre monta à 39° et une éruption scarlatineuse apparut.

Dans les jours qui suivirent, il se fit par la ligne de suture un écoulement assez abondant de sérosité, et on dut y appliquer du collodion iodoformé. Au 7e jour la desquamation commença à se faire. Le lendemain, l'enfant se plaignait de maux d'oreilles, de céphalalgie. On dut donner issue à du liquide encéphalo-rachidien dont la tension était considérable, puis on pansa de nouveau. L'enfant semblait avoir recouvré de l'intelligence d'une façon notable.

Le 19e jour apparut une diarrhée profuse, avec émissions involontaires des matières, et il présenta tous les symptômes d'une diphtérie scarlatineuse grave, auxquels il succomba.

A l'autopsie, le cerveau ne présentait aucune trace d'infection. Il n'y avait pas de méningite. L'hémisphère gauche présentait une immense porencéphalie, occupant toute la région rolandique. Au fond se voyait une large ouverture donnant accès au ventricule latéral. La substance grise est atro-

phiée et presque complètement détruite. Le gyrus fornicatus est indemne. L'hémisphère gauche est plus petit que le droit. A la base du cerveau gauche se voit aussi une atrophie notable. F. VERCHÈRE.

Deux résections temporaires du même point du crâne pour épilepsie liée à une hémiplégie infantile, par SONNENBURG (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 34, *p.* 860, 22 *août* 1892).

Fillette de 15 ans, ayant subi, en mars 1890 et en juillet 1891, la résection temporaire d'une même portion du crâne. Elle est atteinte d'hémiplégie infantile spasmodique avec hémiathétose. Depuis l'âge de 4 mois, elle est sujette à des attaques épileptiques, presque exclusivement bornées à la moitié gauche du corps. Dans le cours des ans, les accès convulsifs ont augmenté de fréquence et d'intensité.

Sonnenburg a réséqué temporairement les os du crâne au niveau de la région du sillon central droit. L'incision de la dure-mère, intacte, montra, au-dessous de la pie-mère très vasculaire, un kyste à parois minces et à contenu aqueux, qui fut extirpé. La contracture du membre inférieur gauche diminua, de sorte que la malade put appliquer à terre la totalité du pied, mais les attaques épileptiques n'éprouvèrent aucune modification.

Aussi, 16 mois plus tard, Sonnenburg refit-il la même opération au même niveau, dans l'intention d'extirper la portion de cerveau malade. La cicatrice cérébrale incisée, il ne trouva rien à enlever. Pour éviter une compression de la cicatrice ou la formation d'adhérences fâcheuses, il ne fit qu'appliquer légèrement le lambeau cutanéo-osseux sur l'orifice, sans l'y emboîter; la soudure s'est néanmoins effectuée, mais les bords du fragment d'os font partout une saillie marquée. Les attaques épileptiques se sont un peu atténuées à la suite de cette deuxième opération. J. B.

Sur la pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Parrot, à propos de quatre nouveaux cas de guérison, par MONCORVO (*Gaz. hebd. de méd. Paris, février* 1893).

Dans une première leçon (*R. S. M.*, *XLI*, p. 199), l'auteur avait relaté trois cas de pseudo-paralysie chez des nouveau-nés syphilitiques terminés par la guérison à la suite du traitement spécifique. Il vient d'en observer quatre autres chez des petites filles également bien guéries par le traitement mercuriel. C'est donc un ensemble de 7 cas de maladie de Parrot, plus ou moins graves, terminés sans exception par la guérison. L'époque de l'apparition de l'inertie du membre n'a pas offert chez ces derniers, la moindre particularité à signaler; le plus jeune enfant n'avait qu'un mois et demi et le plus âgé trois mois. Le décollement épiphysaire s'était opéré chez quelques-uns au cours du premier mois, chez d'autres, cependant, vers la fin du troisième. Dans la majorité des cas il avait eu lieu spontanément en l'absence de toute cause externe, mais dans d'autres conditions, un léger traumatisme, une torsion ou quelque tiraillement du membre était venu favoriser la rupture. Les antécédents vénériens soit maternels, soit paternels furent toujours constatés. La règle établie par Parrot est loin d'être fixe; en effet la pseudo-paralysie sept fois sur huit n'atteint qu'un seul membre, trois fois le bras droit, trois fois le bras gauche, une fois la jambe gauche.

Laffitte et Jœger ont vu chacun un cas où deux membres congénères ayant été affectés ensemble, l'un d'eux avait repris avant l'autre ses

mouvements complets. Moncorvo déclare n'avoir jamais rencontré d'exemples pareils.

Les recherches cliniques de Moncorvo démontrent donc bien la curabilité plus ou moins rapide de la pseudo-paralysie syphilitique si l'on intervient dès le début par un traitement hydrargyrique intensif. A. C.

Quelques réflexions sur la nature et le traitement de la sclérose en plaques, par MONCORVO (*Broch. Paris*, 1893).

En 1883, dans un travail sur la sclérose en plaques chez les enfants, l'auteur avait admis l'origine infectieuse de cette maladie, comme l'avait proposée vers la même année Pierre Marie, qui avait incriminé comme responsables de cette détermination cérébro-médullaire la fièvre typhoïde, la variole, etc. Dans ce travail, Moncorvo montre l'influence étiologique de l'hérédo-syphilis et croit trop formelle l'assertion négative de Marie.

Il a été à même de recueillir deux nouveaux cas de cette nature qui ne font que confirmer les liens de parenté entre la maladie en question et la syphilis congénitale. Ses affirmations ont été justifiées par la suite heureuse du traitement spécifique. Il conteste à ce propos l'interprétation donnée par Marie, qui n'avait cru voir qu'une action antiseptique générale. D'après ses propres observations ainsi que celles de A. Robin et de Léon Colin, Moncorvo rejette cette dernière propriété attribuée au mercure. Il arrive donc à cette conclusion qu'aucune raison sérieuse ne justifie l'exclusion de la syphilis du nombre des maladies générales infectieuses capables d'engendrer la sclérose en plaques. A. C.

Sclerosi a piastre cerebro-spinale nella patologia infantile, par E. MEUSI (*La Ritòrma medica, p.* 530, 24 *novembre* 1892).

La sclérose en plaques peut se présenter chez les enfants sous la forme classique ou sous la forme fruste, ou sous la forme de pseudo-sclérose; les données pathologiques précises font encore défaut; les infections ont une influence marquée sur le développement de la maladie; la guérison est possible quand les lésions ne sont pas trop prononcées. GEORGES THIBIERGE.

Ueber einen Fall von Hemihypertrophia dextra, par TILANUS jun. (*Münchener med. Woch.*, *n° 4, p.* 65, 24 *janvier* 1894).

Cette affection rare n'est connue que par trois cas, l'un de Möbius (1890), l'autre de Demme (1891), le troisième est le suivant ;

Une fille de 10 ans se met à boiter : la mère constate qu'elle ne peut porter à droite qu'un soulier beaucoup plus grand que l'autre. L'enfant est bien portante, les membres du côté droit sont plus longs et plus gros qu'à gauche. L'hypertrophie porte aussi sur le squelette du tronc à droite : la hanche est saillante, l'épaule plus large et le périmètre thoracique plus développé. Il existe aussi une hémihypertrophie droite de la face et de la langue. La réaction électrique des muscles est normale. Comme dans le cas de Möbius, il existe des troubles vaso-moteurs cutanés, consistant en cyanose sous l'influence du froid. L'enfant marchait à 3 ans; elle est gaie, intelligente et n'éprouve pas de douleurs. Ses parents et ses frères et sœurs sont sains.

C. LUZET.

I. — Demonstration eines Falles von Arthrogryposis, par MUGDAN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 48, *p.* 1229, 28 *novembre* 1892).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem*).

I. — Fillette de 4 mois, allaitée par la mère primipare; née un mois avant terme et très chétive. Actuellement, son développement ne laisse rien à désirer. Contracture des quatre extrémités; immobilité en flexion des coudes et des genoux. Dureté ligneuse des muscles des avant-bras et des jambes. Au niveau des bras et des cuisses, la contracture diminue graduellement et n'existe plus au niveau des articulations scapulo-humérales et coxo-fémorale. Doigts rétractés, le pouce dans la paume. Orteils fléchis; pieds équins. Intégrité des muscles du tronc et de la face.

La mère a remarqué la lésion des extrémités inférieures dès le premier mois de la vie; la contracture n'a envahi les extrémités supérieures qu'à la fin du deuxième mois, peu de jours après un accès de convulsions fugitives ayant duré une minute au plus.

Même pendant le sommeil les contractures persistent. Intégrité de l'excitabilité électrique des nerfs périphériques.

Ce qui distingue l'arthrogryrose de la contracture idiopathique, c'est l'absence de toute circonstance étiologique, telle que troubles digestifs et l'indolence des contractures. D'autre part, elle se différencie de la tétanie par le caractère ininterrompu des contractures, l'absence du phénomène du facial et l'état normal de l'excitabilité électrique des nerfs périphériques.

II. — Henoch a observé, il y a peu de temps, un enfant de 4 ou 5 mois offrant des troubles morbides semblables à celui de Mugdan, au milieu d'une santé générale parfaite. L'affection consistait en rigidité des fléchisseurs des membres inférieurs. Elle était survenue après un catarrhe gastro-intestinal grave. Guérison en une quinzaine par l'électricité appliquée de la façon suivante : Pôle positif, large et flexible, sur le rachis lombaire; pôle négatif, petit et arrondi, successivement sur les deux nerfs cruraux au niveau des ligaments de Poupart, puis sur les nerfs péroniers, en arrière de la tête des tibias, durant 6 à 8 minutes, avec un courant à peine sensible.

Senator est aussi d'avis que le fait de Mugdan ne rentre pas dans la tétanie. Il le rapproche en revanche des cas décrits par Rupprecht sous le nom de « rigidité spasmodique congénitale des membres. » A l'autopsie on trouve des inflammations chroniques ou des malformations soit dans la moelle soit aussi dans le cerveau. J. B.

Sur un cas d'acromégalie chez une enfant de 14 mois, compliqué de microcéphalie, par MONCORVO (*Rev. mal. de l'enf.*, *décembre* 1892).

Enfant de 14 mois chez laquelle, à côté d'une microcéphalie congénitale des plus marquées, avec les conséquences de l'idiotisme, l'aphasie, la paraplégie, etc., on constatait les symptômes fondamentaux de l'acromégalie. La fillette en question en présentait en effet les signes les plus caractéristiques : les traits spéciaux de la face acromégalique tels que le front abattu et fuyant, l'allongement vertical de l'ovale facial, l'élargissement et le grossissement du nez, le prognatisme du maxillaire supérieur, l'épaississement et l'avancement de la lèvre inférieure; la cyphose cervico-dorsale alternant avec la lordose lombaire, la projection du plan antérieur de la poitrine compensée par l'aplatissement de la paroi abdominale; enfin la forme en battoir des mains dont la face palmaire était rembourrée et les doigts affectaient la forme de saucisses.

P. Marie avait affirmé que cette maladie n'est ni héréditaire ni congénitale. Cela augmente beaucoup l'intérêt du cas qui fait le sujet de cette leçon. Sans prétendre admettre que l'acromégalie ait été dans ce cas congénitale, son début remonte à une époque très rapprochée de la naissance.

Pas d'acromégalie chez aucun autre membre de la famille. A. C.

Die chronische Anämie im Kindesalter (L'anémie chronique dans l'enfance), par MONTI et BERGGRÜN (*In*-8°, *Leipzig*, 1892).

Monti et Berggrün ont cherché à rassembler sur ce sujet le plus grand nombre possible d'observations utilisables, et ont tenté un nouveau classement des anémies infantiles chroniques. Ils distinguent l'anémie chronique légère, l'anémie chronique grave, l'anémie chronique pseudo-leucémique, la leucémie, l'anémie pernicieuse progressive.

L'anémie chronique légère peut exister sans leucocytose ou avec leucocytose. Dans le premier cas, la densité du sang et sa teneur en hémoglobine sont diminuées, parallèlement l'une à l'autre; le nombre des globules rouges est ainsi diminué plus ou moins, mais la forme n'en est pas altérée. Le nombre des globules blancs est normal. Dans le second cas, beaucoup plus fréquent, la densité du sang est diminuée plus ou moins, l'hémoglobine considérablement, ainsi que le nombre des globules rouges; au contraire, les globules blancs augmentent.

Ils divisent également l'anémie chronique grave en anémie sans et avec leucocytose. Cette forme ne se distingue de la première que par l'existence de la poikilocytose dans les formes sans leucocytose et dans ceux avec leucocytose. Je dois relever cependant que les auteurs placent dans l'anémie chronique grave des cas de Luzet qui ne se rapportent qu'à des anémies aiguës graves succédant soit à des diarrhées, soit à la syphilis, et font rentrer dans les anémies chroniques avec leucocytose les faits que le même auteur décrit sous le nom d'anémie avec mégalosplénie.

Monti et Berggrün rangent la chlorose dans les anémies chroniques graves, entre celles sans leucocytose et celles avec leucocytose.

L'anémie pseudo-leucémique est décrite dans un chapitre à part, où les auteurs rapportent quatre cas personnels. Ils admettent l'influence du rachitisme sur le développement de cette maladie; mais ils ne semblent pas avoir assez marqué les rapports qui existent entre cette maladie et la leucocythémie.

La leucémie fait ensuite le sujet d'un chapitre, et l'anémie pernicieuse termine le livre. A ce point de vue, Monti et Berggrün paraissent trop élargir le cadre de cette maladie, en faisant rentrer dans leur casuistique, par exemple, le cas de von Retslag (anémie pernicieuse combinée avec leucémie). Il s'agit bien réellement ici d'un cas de leucémie splénique, de par les lésions du sang, de la rate et du foie. Ils ont également négligé de rapporter les deux cas de d'Espine et Picot, qui rentrent bien, au contraire, dans l'anémie pernicieuse. Le fait est d'autant plus étrange que, dans la symptomatologie, ils insistent sur l'absence d'altérations de la rate, du foie et des ganglions.

Malgré ces quelques réserves, le livre de Monti et Berggrün n'en

constitue pas moins un utile jalon dans l'étude si peu avancée des anémies infantiles, où le point de vue clinique mérite d'attirer l'attention des médecins spécialistes. C. LUZET.

Dell' anemia splenica infantile, par Giuseppe MYA et Arnaldo BRAMBUSTI (*Lo Sperimentale*, *p.* 359, 1892).

Les altérations de la rate ne peuvent pas uniquement être attribuées à une diminution de la fonction hématopoïétique; l'atrophie folliculaire due à un développement exagéré du tissu conjonctif, la réduction progressive du diamètre des mailles aréolaires, la tendance à la dégénérescence hyaline permettent de penser qu'il s'agit d'un processus inflammatoire aboutissant peu à peu à un travail de sclérose. Les lésions du foie s'expliquent, comme Luzet l'a bien établi, par un retour à l'état embryonnaire. Celles du sang sont identiques à celles qu'on observe dans la leucémie : augmentation du nombre des leucocytes, principalement à noyau unique, augmentation fractionnelle des cellules éosinophiles et des globules rouges à noyau. La proportion des globules blancs par rapport aux globules rouges est d'autant plus élevée que la maladie est plus grave. L'auteur ne pense pas qu'il soit permis de séparer la leucémie vraie de l'anémie splénique infantile : ce sont deux degrés d'une même maladie. P. BOULLOCHE.

De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants, par BARDOL (*Thèse de Paris*, 1893).

L'hystérie chez les enfants ne diffère pas essentiellement de l'hystérie chez les adultes, et comme chez les adultes, elle peut revêtir des formes permanentes et durables, qui simulent les maladies organiques du système nerveux. En ce qui touche seulement les maladies organiques de l'encéphale, les syndromes hystériques simulateurs s'adaptent aussi bien aux maladies par lésions en foyer qu'aux maladies par lésions disséminées des divers organes encéphaliques. De là deux catégories de syndromes.

On observe chez les enfants des syndromes hystériques de la première catégorie qui simulent l'hémiplégie spasmodique infantile, les convulsions, les contractures et les monoplégies d'origine corticale, l'aphasie, le syndrome organique de Weber, l'amaurose et le ptosis. On observe encore chez eux des syndromes hystériques de la deuxième catégorie qui simulent la méningite aiguë et la méningite chronique.

L'hystérie existe seule dans la plupart de ces syndromes simulateurs, et s'associe rarement chez les enfants aux diverses maladies de l'encéphale. Le diagnostic obéit à des règles fixes qui permettent, en général, de démasquer l'hystérie; c'est surtout dans les associations hystéro-organiques qu'il est difficile de découvrir la névrose et de séparer ses manifestations des symptômes de la maladie organique. H. L.

Du rôle possible de l'infection en chorée, par TRIBOULET (*Thèse de Paris*, 1893).

Triboulet n'étudie que la chorée de Sydenham, la chorée classique. Il la considère comme une maladie totius substantiæ; dans les 4/5

des cas on trouve au seuil de la chorée des traces d'infection; cette notion d'une infection antérieure permet de comprendre et les troubles nerveux résultant d'une intoxication à distance, et les lésions effectives, telles que l'endocardite, résultant d'une action microbienne directe; une théorie qui invoque ces deux éléments, infection antérieure et intoxication nerveuse satisfait à tous les détails de l'étude clinique et physiologique. — Triboulet rejette les théories anatomiques, réflexe, dyscrasique, névrosique, rhumatismale, microbienne, spécifique, et admet que l'intoxication ante-choréique peut dépendre d'agents infectieux divers; mais cette infection n'a de détermination nerveuse que chez les prédisposés. H. L.

Etat mental dans la chorée, par BRETON (*Thèse de Paris*, 1893).

Quoique la chorée soit une affection caractérisée essentiellement par des troubles moteurs, le plus souvent des troubles psychiques viennent la compliquer à un degré plus ou moins accusé; les uns portent sur la sensibilité morale, le caractère, l'intelligence, l'attention, la mémoire, les sentiments affectifs: les autres bien plus graves consistent en hallucinations, terreurs nocturnes et folie dite choréique. Les premiers troubles sont très fréquents, presque constants, les terreurs et les hallucinations sont assez rares, la folie choréique est exceptionnelle. Les hallucinations s'observent presque exclusivement le soir au moment du sommeil, qu'elles peuvent interrompre ou empêcher. Celles de la vue prédominent, puis viennent celles de l'ouïe, du goût, de l'odorat et du tact, très rarement celles du sens génital. Il peut y avoir des altérations de la parole relevant des troubles mentaux. La folie peut se traduire par des accès de manie simple, de délire, de manie avec hallucinations ou revêtir la forme mélancolique avec tendance au suicide. La guérison de cet état mental est la règle dans la chorée aiguë; toutefois il peut ouvrir la porte à la dégradation morale, à la démence.

Les phénomènes psychiques observés au cours de la chorée viennent seulement la compliquer; la chorée les suscite, elle ne les crée pas. La cause véritable de leur existence, c'est l'hérédité. H. L.

De la mort dans la chorée de Sydenham, par GUILLEMET (*Thèse de Paris*, 1893).

Guillemet relève 18 cas de morts sur un ensemble de 720 cas soit 2,5 0/0. Jamais la mort ne survient avant 7 ans; son maximum de fréquence est de 17 à 20 ans, et le sexe féminin conserve une prédominance très accentuée.

Souvent la mort est due à des complications cardiaques ; dans d'autres cas à l'hémorragie cérébrale; dans certains cas la chorée seule doit être incriminée, sans que l'on trouve de complications, et la mort est précédée de troubles nerveux variés et persistants. Enfin, parfois, dans des chorées graves ou moyennes la mort est subite, sans que rien ait pu faire prévoir une issue fatale. H. L.

Oreillons; quelques considérations sur leur contagiosité et leur évolution, par ANTONY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 *février* 1893).

Antony rapporte l'histoire de deux épidémies d'oreillons qui l'amè-

nent à conclure que la période d'incubation peut varier entre 8 et 30 jours, que la contagiosité peut durer après la guérison pendant un temps difficile à déterminer, un mois, deux mois peut-être ; que le sang et les liquides extraits des parotidites et orchites contient un microcoque spécial, qui paraît être l'agent pathogène ; que l'angine et la tuméfaction des glandes sous-maxillaires constituent parfois les manifestations initiales de la maladie ; que la tuméfaction de l'épididyme peut précéder l'orchite ourlienne ; dans trois cas il a vu des récidives d'oreillons survenant de 3 à 10 mois après la première atteinte. H. L.

Un cas d'albuminurie dans le cours d'une épidémie d'oreillons, par BÉZY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 *mars* 1893).

Bézy a observé dans une pension d'internes où sévissait une épidémie bénigne d'oreillons, une jeune fille qui n'ayant eu aucune poussée parotidienne fut prise soudain de fièvre légère avec délire, vomissements, albuminurie sans hématurie, l'albuminurie disparut au bout de quelques jours.

Bézy conclut à la possibilité d'une albuminurie ourlienne sans oreillons. H. L.

De la période de contagiosité des oreillons, par RENDU (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 *février* 1893).

Rendu a pu observer deux cas d'oreillons sporadiques contractés par des personnes n'ayant pu être contaminées que pendant un laps de temps très court. Dans un cas l'incubation a duré 14 jours, dans l'autre 20 jours ; mais le point le plus intéressant, c'est que la contamination a eu lieu par le fait de malades chez lesquels la manifestation ourlienne n'était pas encore déclarée, et ne s'est montrée que 24 heures plus tard. — Il rapproche ces faits, du fait indiscutable de la contagiosité prééruptive de la rougeole. H. L.

Syphilis du foie. Laparotomie exploratrice. Guérison, par DELBET (*Soc. anat.*, *p.* 681, *novembre* 1892).

Un enfant de deux ans et quatre mois, malade depuis un an et demi, était dans un état de dépérissement extrême : le lobe droit du foie était considérament hypertrophié, de consistance ferme, à surface régulière et lisse. Une laparotomie exploratrice montra le foie hypertrophié et une masse ganglionnaire volumineuse dans l'épiploon gastro-hépatique. L'hypothèse de syphilis ayant été rejetée, on diagnostiqua un sarcome diffus, généralisé et inopérable. Or, dès le troisième jour, il y eut une amélioration de l'état général, et cette amélioration s'accentuant, le foie revint à son volume normal en même temps que tous les signes de maladie antérieure disparaissaient.

L'enfant était guéri lorsque parurent des gommes syphilitiques, sur le front, sur le cuir chevelu, qui indiquèrent la nature de l'hypertrophie hépatique, qui avait disparu sous l'influence de l'opération seule, et en dehors de tout traitement spécifique. MAUBRAC.

Étude clinique sur le rhumatisme noueux chez les enfants, par CÉRY (*Thèse de Nancy*, 1892).

Céry a pu réunir 47 cas de rhumatisme noueux, dont 20 de 2 à 8 ans,

21 de 8 à 14 ans (24 filles contre 18 garçons) ; l'hérédité est un des principaux facteurs étiologiques; presque toujours il s'agit d'enfants débilités, appartenant aux classes pauvres. On peut distinguer deux formes, l'une chronique d'emblée, la plus fréquente, l'autre survenant après un début aigu ou subaigu. L'envahissement des jointures suit la loi de symétrie bilatérale ; elle débute également par les grandes ou les petites articulations. Les complications cardiaques sont rares chez l'enfant. Céry préconise l'électhrothérapie et les cures thermales. H. L.

Sur un cas d'obstruction artérielle au cours d'une fièvre typhoïde chez un enfant, par J. SALLIS (*Lyon méd.*, 15 *janvier* 1893).

Relation d'un cas d'obstruction de l'iliaque externe chez un enfant de 11 ans, entré à l'hôpital au 18e jour d'une fièvre typhoïde. Temp. 39° 8 ; rien au cœur. Pas d'albumine. Bains froids. Au 3e bain, l'enfant se plaint de douleurs vives à la cuisse droite. On constate de l'engourdissement sans œdème, un abaissement de température du membre, absence absolue de battement dans l'artère fémorale et les autres artères du membre. Lavements froids. Sulfate de quinine. Enveloppement du membre dans du coton. Menaces de gangrène qui disparaissent le 12e jour; retour lent des pulsations. Deux mois après, battements réguliers, mais très faibles. L'enfant sort guéri.

L'auteur rejette, en raison de l'intégrité du cœur, l'hypothèse d'une embolie et se rattache à l'idée de thrombose par artérite primitive, sans prendre parti pour les diverses interprétations émises jusqu'à ce jour. L'examen du sang n'avait rien révélé d'anormal. A. CARTAZ.

A peculiar form of nystagmus (Cheyne-Stokes nystagmus) with a case, par BULLARD (*Boston med. and surg. Journ.*, 29 *septembre* 1892).

R..., 2 ans, entre au Carney Hospital, le 1er octobre 1891, pour la coqueluche. Père aliéné; mère hystérique; pas de tuberculose pulmonaire. Le petit malade est lymphatique, rachitique, maigre.

L'enfant était en convalescence de sa coqueluche, lorsque, le 10 décembre, il eut une attaque convulsive qui ne dura que quelques minutes.

Le 19 décembre, l'enfant tombe dans un état de stupeur, la face tirée, l'émaciation de plus en plus marquée. Pas d'élévation de température. Pouls à 150. Constipation. Du 19 au 20 décembre, soubresauts de divers muscles de la face et de l'avant-bras. Le 21 décembre, on remarque que le malade est atteint d'un nystagmus horizontal ayant le rhythme de Cheyne-Stokes. Le nystagmus était horizontal et commençait par de rapides mouvements, les oscillations devenant progressivement plus longues et plus étendues, pour diminuer ensuite de la même manière. Une pause alors s'ensuivait, puis une reprise de ces mouvements rythmiques.

Ces diverses phases, observées avec grand soin, se répétèrent avec plus ou moins de fréquence pendant tout le jour. Pas de symptômes pupillaires ni de respiration de Cheyne-Stokes. Mort dans le coma le 23 décembre. Pas d'autopsie. CART.

Herpès vacciniforme du jeune âge. Gangrène vulvaire et périvulvaire. Mort subite, par FOURNIER (*Union médicale*, 14 *janvier* 1893).

Une fillette de 16 mois entre à l'hôpital pour une éruption d'herpès vacciniforme, dont le début remontait à une douzaine de jours, et qui était constituée par une vingtaine de boutons disséminés sur les grandes lèvres, le pé-

rinée, la face interne des cuisses et le pli de l'aine, les uns exulcérés, les autres ayant l'aspect de papulo-pustules ombiliquées, analogues à des pustules vaccinales au sixième jour. Dès le lendemain la vulve devenait œdémateuse, les boutons violacés, le surlendemain la gangrène était évidente au niveau de tous les boutons, puis elle s'étendait rapidement à toutes les grandes lèvres, au périnée, au pli de l'aine ; l'état général restait assez bon et l'enfant se nourrissait bien, quand soudain le soir l'enfant pousse un cri et meurt en quelques minutes. L'autopsie ne donna aucune explication ni grossière, ni microscopique de cette mort subite, non précédée de symptômes d'infection sérieuse. H. L.

Operations for empyema, par C. T. POORE (*New York med. journ., p.* 347, 24 *septembre* 1892).

L'auteur a opéré quatorze enfants atteints d'empyème. Sur ces quatorze cas, il y avait neuf pleurésies métapneumoniques, et une pleurésie consécutive à la scarlatine.

L'ouverture a toujours été faite sur la ligne rétro-axillaire, dans le septième ou le huitième espace. Deux fois seulement on a pratiqué des lavages, nécessités d'ailleurs par la fétidité du liquide. Dans un cas, les lavages à la pyoctanine ont paru modérer la suppuration.

Plusieurs fois l'auteur a réséqué des fragments de deux côtes. Deux fois il a fait l'opération d'Estlander : l'un des sujets a guéri, l'autre est mort de dégénérescence amyloïde. C'est le seul décès de la série.

Sur dix malades examinés longtemps après leur sortie de l'hôpital, huit ont une expansion pulmonaire normale et une attitude irréprochable, deux ont de la scoliose, l'épaule étant abaissée du côté de l'opération.

Dans un cas, il y avait deux cavités qui ont dû être drainées séparément.

Chez l'enfant, on peut toujours compter sur la guérison complète sans rétraction du thorax lorsque l'opération est pratiquée de bonne heure et le drainage effectué convenablement. On n'opère jamais trop tôt.

L. GALLIARD.

I. — Ununited fractures in children, par d'Arcy POWER (*Americ. j. of med. sc., p.* 531, *mai* 1892).

II. — An analysis of 72 cases of ununited fracture occurring in the long bones of children, par d'Arcy POWER (*Med. chir. Transactions, LXXV*).

I et II. — Sur 72 cas, l'auteur en trouve 7 sur la clavicule, 9 sur l'humérus, 12 sur le fémur, 42 sur la jambe et 1 à l'avant-bras ; et les fractures de l'avant-bras sont les plus fréquentes chez l'enfant.

Sur ces 72 cas, 6 seulement ont fini par se consolider, mais parmi les autres plusieurs durent être amputés.

Les causes de non consolidation sont : 1° les erreurs de diagnostic, les fractures non reconnues à la naissance, et en particulier les fractures sous-périostées et les fractures en jonc ; 2° le manque de soins (on n'appelle le médecin qu'au bout de quinze jours), la difficulté du traitement, maintenir la fracture et constater sa bonne réduction.

Dans les cas de non consolidation le pronostic est très grave. Dans ces cas on peut réséquer les extrémités fracturées et traiter par une immobilité parfaite. Dans les os du membre supérieur une consolidation

fibreuse bien solide et aidée par des appareils peut être supportée. Pour le membre inférieur, un semblable résultat peut entraîner à faire une amputation. F. VERCHÈRE.

Traitement des tumeurs blanches chez l'enfant (ostéo-arthrites tuberculeuses des membres), par A. BROCA (*In*-16, *Paris*, 1893).

L'auteur passe successivement en revue : 1° le traitement médical, général, 2° le traitement local non sanglant et orthopédique, 3° les résections typiques, 4° les résections atypiques.

Dans le deuxième chapitre (traitement local non sanglant), après avoir décrit la révulsion et la compression, Broca expose la méthode des injections interstitielles et donne un résumé très concis et très clair du manuel opératoire et du mode d'action des injections de chlorure de zinc de Lannelongue. Toute une série de paragraphes consacrés à l'étude de l'immobilisation par les différents appareils terminent ce deuxième chapitre.

La description des *résections typiques*, de leurs résultats, de leurs indications aux différentes articulations, des arrêts de développement consécutifs à la destruction des cartilages épiphysaires fertiles, prend ici un intérêt tout particulier. L'auteur a cherché et a réussi à rendre parfaitement claires toutes ces questions un peu obscures ou du moins insuffisamment traitées le plus souvent. Des figures bien faites mettent en évidence les points les plus importants.

Le chapitre consacré aux opérations partielles et atypiques comprend : l'ouverture des abcès, l'arthrectomie, les évidements osseux, la cautérisation ignée.

Enfin l'auteur a eu l'heureuse idée de rassembler dans un chapitre spécial tout ce qui a trait au traitement des ankyloses consécutives aux tumeurs blanches.

Après cette étude de chaque méthode de traitement, les indications thérapeutiques générales sont établies à la fin de l'ouvrage dans une sorte de résumé pratique qui indique la conduite à tenir en présence des différentes formes de tumeurs blanches. WALTHER.

Ein Fall von Spina-bifida... (Spina bifida avec division et dédoublement de la moelle épinière), par SULZER (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat.*, *XII*, 4, *p.* 566).

Chez un enfant à terme atteint de spina-bifida, que l'on traita par l'incision du sac et qui mourut de méningite aiguë, Sulzer trouva dans la partie lombaire une véritable division longitudinale de la moelle en deux parties, complètement séparées qui se réunissaient ensuite pour constituer le fil terminal. La séparation en deux cylindres complets commençait un peu plus haut à gauche qu'à droite et la division paraissait commandée par la production d'une exostose, qui divisait en deux le canal rachidien. C. LUZET.

Tubercular glands of the neck, par C. T. POORE (*New York med. journ.*, *p.* 705, 25 *juin* 1892).

Le meilleur traitement de la tuberculose des ganglions du cou est l'énucléation, pratiquée, autant que possible, avant la formation des abcès. Lorsque les ganglions ont suppuré, il faut en faire le curetage.

L'auteur a opéré 58 enfants parmi lesquels 20 avaient des ganglions suppurés. La cure la plus brève a duré 9 jours. Plusieurs ont duré 3 ou 4 semaines.

Un malade a été opéré 10 fois et un 8 fois ; tous deux ont passé 3 ans à l'hôpital.

Deux fois seulement l'opération a provoqué une hémorragie importante : cet accident était dû à la rupture d'une grosse veine qu'il a fallu lier.

L'auteur panse les plaies, après l'opération, avec la gaze au sublimé.

L. GALLIARD.

Traitement de l'ouraque dilaté et fistuleux par la résection et la suture, par H. DELAGENIÈRE (*Arch. prov. de chirurgie*, *p.* 222, *septembre* 1892).

C..., 5 ans 1/2, est amené le 30 avril 1892 pour une fistule urinaire de l'ombilic, ayant succédé à l'ouverture d'une petite tumeur constatée au moment de la naissance. L'écoulement de l'urine est permanent ; s'il s'arrête, crises violentes de douleurs.

Enfant peu développé. L'ombilic est déformé et présente une fente transversale dont les deux lèvres sont indurées et rouges. Elle est entourée d'une zone inflammatoire présentant des érosions.

La miction se fait, d'une part, par l'urètre, puis quelques secondes après il semblerait qu'une petite poche se vide par l'ombilic. Par la pression on fait sourdre quelques gouttes de liquide.

Opération le 2 mai 1892. Incision médiane de 10 centimètres qui mène dans une excavation anfractueuse remplie de fongosités et présentant de nombreux diverticules,

Ablation de cette poche par excision. Après avoir ouvert la cavité péritonéale, par le fond de la poche, dissection de chaque côté de ses deux moitiés en prenant la séreuse pariétale comme point de repère. La poche semble occuper tout l'anneau fibreux distendu qui représente l'ombilic largement ouvert. En bas, on trouve l'orifice de l'ouraque ; il est isolé sur une longueur de 3 centimètres et fermé au moyen de 3 points de surjets. Fermeture du ventre par suture à 3 étages de surjets. Durée de l'opération, une heure.

Au 8 juin, le petit malade quitte la maison de santé et est resté complètement guéri.

F. VERCHÈRE.

Bactériologie du vagin chez les petites filles, par V. STROGONOFF (*Vratch*, *n°* 20, 1892).

Recherches pratiquées sur 33 petites filles, âgées de 8 heures à 8 jours. Dès la naissance, le vagin est libre de tout microorganisme : ils apparaissent après le premier bain. Ils pénètrent soit avec le liquide, soit incorporés aux pommades avec lesquelles on graisse les parties génitales. Dans les conditions physiologiques, on ne trouve dans le vagin que des microbes non pathogènes.

H. R.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Précis iconographique des maladies de la peau, par CHATELAIN (*Un vol. Paris*, 1893).

Le but de l'auteur en publiant cet ouvrage richement édité a été de rendre plus claires les descriptions didactiques des maladies de la peau, en mettant en regard de chacune d'elles de nombreuses figures qui sont destinées à fixer les idées du lecteur par l'éducation de l'œil. Les descriptions sont à la fois aussi succinctes et aussi exactes que possible; l'auteur a relégué au second plan les questions anatomo-pathologiques et étiologiques encore controversées dans beaucoup de cas. Il a également tranché la question toujours pendante des classifications en adoptant l'ordre alphabétique. C'est avant tout un tableau clinique fidèle des affections cutanées qu'il a voulu présenter. Mais il n'est pas resté trop rigoureusement attaché à ce plan, et il a donné des études plus développées des principales dermatoses, eczéma, psoriasis, séborrhée, pityriasis rubra, lichen, lupus, affections parasitaires, érythèmes, etc... Certains chapitres consacrés à la thérapeutique des affections cutanées sont également traités avec des détails plus complets. On peut donc dire, en somme, que le livre est avant tout pratique et s'adresse spécialement à la fois à l'étudiant et au praticien. Cet intéressant ouvrage est orné de 50 planches en couleurs, reproduites d'après nature par Méheux dont le talent et la compétence spéciale en matière de dessins dermatologiques sont si hautement appréciés. F. BALZER.

Pathologie générale cutanée, par BROCQ et JACQUET (*In*-16, *Paris*, 1893).

L'aide-mémoire de Brocq et Jacquet vient prendre, parmi les ouvrages élémentaires, une place des plus importantes. Ces publications doivent se distinguer surtout par la netteté et la clarté de l'exposition : il en est ainsi, au plus haut degré, de ce livre; on y retrouve également la hauteur de vues et les marques de la grande expérience pratique qui appartiennent à ses auteurs. Seulement, en raison du développement qu'y ont reçu la plupart des différents sujets qui y sont traités, et plus particulièrement l'étude des lésions élémentaires, celle de la thérapeutique générale et les classifications, nous espérons que, dans la seconde partie de l'ouvrage, consacrée à la dermatologie spéciale, Brocq et Jacquet se trouveront nécessairement amenés à sortir de leur cadre et à nous donner ainsi un nouveau traité élémentaire des maladies de la peau, au grand avantage de notre science. H. HALLOPEAU.

Hydrosadénites suppuratives disséminées, par DUBREUILH (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 1).

C'est une affection chronique que l'auteur a observée chez deux femmes. La lésion élémentaire est toujours la même : un petit nodule

dur, intra-dermique, gagne la surface en grandissant et se creuse d'un petit abcès enchâssé dans le derme. La suppuration n'est pas constante, et les nodules peuvent se résorber et disparaître. A la place des lésions complètement évoluées se montre une cicatrice. L'affection n'a aucun rapport avec l'appareil pilo-sébacé. Elle n'est pas prurigineuse. A toutes ses phases, elle ressemble beaucoup à l'acné. La cause en est inconnue. Anatomiquement, c'est une inflammation développée autour des glandes sudoripares, surtout les glandes intra-dermiques. Des amas embryonnaires entourent, puis infiltrent les glomérules sécréteurs, qui sont dissociés et détruits. En même temps, les tubes excréteurs sont entourés de manchons embryonnaires qui se prolongent jusque vers la surface. Des formations analogues environnent les vaisseaux correspondants. La recherche des micro-organismes est restée infructueuse. L'affection qui tend à se généraliser, en prédominant à la face et aux extrémités, est assez facile à distinguer de l'acné varioliforme et de l'hydrosa vacciniforme. GIRODE.

Des rapports qui existent entre la dermatite herpétiforme et les affections dites à l'heure actuelle pemphigus foliacé, par BROCQ (*Soc. franc. de derm. et de syph.*, 8 *décembre* 1892).

On a rangé sous le nom de pemphigus foliacé diverses affections qu'on peut, du moins provisoirement, diviser en trois groupes principaux : 1° éruption peu prurigineuse constituée au début par des bulles ; puis survient une fort longue période pendant laquelle on n'observe que de la rougeur généralisée du derme, parfois du suintement, puis de la sécheresse des téguments, puis une desquamation lamelleuse et furfuracée en même temps que se produit une papillomatose généralisée. Malgré l'intensité des phénomènes éruptifs, l'état général reste bon ; 2° au deuxième groupe, décrit par Besnier, appartiennent des faits caractérisés par un prurit assez modéré, par une éruption bulleuse au début, mais devenant assez rapidement mixte, bullo-squameuse; peu à peu la dermatose se généralise ; les téguments sont rouges et desquament; mais constamment il se produit du suintement et des bulles; il n'y a que peu ou point de papillomatose. L'état général se maintient également bon pendant des années; 3° le troisième groupe (type Hallopeau-Fournier) contient des faits caractérisés par un prurit intense, par une première période des plus nettes, assez longue, dans laquelle l'éruption est constituée par une éruption polymorphe, d'aspect absolument identique à la dermatite herpétiforme et évoluant comme elle par poussées successives ; plus tard il se produit une rougeur plus ou moins généralisée des téguments avec desquamation foliacée, et toujours des vésicules et des bulles. On n'observe point de papillomatose. L'état général devient rapidement mauvais, et la mort arrive dans un laps de temps variable, un an et demi à deux ans. Ces faits, loin d'être pour l'auteur des cas de pemphigus foliacé, constituent une des formes graves de la dermatite herpétiforme. P. MERMET.

Notes sur quelques érythèmes infectieux, par HUTINEL (*Arch. gén. de méd., septembre et octobre* 1892).

On peut observer des érythèmes infectieux dans un certain nombre

de maladies, telles que la fièvre typhoïde, la diphtérie, la rougeole, la scarlatine, etc. Dans tous les cas observés par Hutinel, l'éruption s'est d'abord montrée aux poignets et aux coudes, aux genoux, aux mollets et à la partie supérieure des fesses, rarement au cou. Les formes éruptives observées appartiennent aux différentes variétés de l'érythème polymorphe. L'érythème scarlatiniforme non desquamatif est assez fréquent.

Ces éruptions d'érythèmes ont été observées 10 fois dans la fièvre typhoïde. 6 fois, la maladie se termina rapidement par la mort, précédée de vomissements, de dépression du pouls et de la chute de la température; la prostration et l'adynamie étaient les symptômes dominants. Chez tous les malades, l'érythème fut précédé par l'apparition d'aphtes confluents sur la langue et les lèvres.

Dans la rougeole, les érythèmes infectieux ont coexisté le plus ordinairement avec des bronchites purulentes ou des broncho-pneumonies à streptocoques.

Dans la diphtérie, les érythèmes infectieux peuvent se montrer au début ou à une période avancée de l'infection diphtérique. Dans le premier cas, ils disparaissent rapidement et n'ont aucune influence sur le pronostic; dans le deuxième cas, ils ont généralement un pronostic très grave.

Les érythèmes infectieux ont encore été observés dans la scarlatine et dans certaines angines.

Ces érythèmes, quels qu'en soient le degré et la gravité, doivent être considérés comme de même espèce. Ils sont l'expression symptomatique accidentelle d'une infection générale, à manifestations multiples.

Les autopsies démontrent qu'ils tiennent à un état infectieux surajouté. Les organes les plus manifestement atteints ont été le foie, la rate et l'intestin. Le foie et la rate sont volumineux. Les plaques de Peyer sont hypertrophiées.

L'examen bactériologique du sang a toujours été négatif.

Les infections microbiennes primitives ou secondaires qui causent les érythèmes infectieux, agissent non pas directement par le fait de la pénétration de leurs microorganismes dans le sang, mais d'une façon médiate par les produits de sécrétion de ces microbes. RICHARDIÈRE.

Dermatite exfoliatrice. Mort subite, par JUHEL-RÉNOY (*Soc. franç. de derm. et de syph.*, 16 *février* 1893).

Il s'agit d'une femme, enceinte de quatre mois, qui fut prise assez rapidement de céphalée, fièvre et accidents généraux, puis d'une éruption généralisée érythémateuse accompagnée d'angine ; le diagnostic porté alors fut celui de scarlatine. Malgré l'amélioration de l'état général, l'éruption persista jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital, un mois après le début de la maladie. A ce moment la face était rouge, érysipélateuse, lisse, à peau tendue, vernissée et craquelée, le tronc présentait une desquamation par énormes lamelles, les membres inférieurs couverts d'une rougeur vineuse offraient un œdème appréciable; les muqueuses étaient rouges, vernissées, sèches, l'état général grave, la température variant le soir de 39° à 40°. Le diagnostic de dermatite exfoliatrice généralisée fut porté, et on traita la malade par les onctions de vaseline et l'enveloppement ouaté. Après une série d'améliorations et de rechutes, la malade mourut subitement dans le coma, après environ deux

mois de maladie. A part l'hypertrophie de la rate, l'autopsie fut négative. La discussion qui suivit cette communication montra que tous les membres de la Société ne partageaient point le diagnostic porté ; les uns, Besnier et Vidal, pensèrent à un érythème scarlatiniforme chez une gravidique probablement hypoazoturique ; les autres, Fournier, Morel-Lavallée, furent portés à admettre l'hypothèse d'une intoxication probablement hydrargyrique. P. MERMET.

Sur un cas de maladie de Paget de la région périnéo-anale et scrotale, par DARIER et COUILLAUD (*Soc. de derm. et syph.*, 12 *janvier* 1893).

Vieillard de 72 ans, athéromateux et emphysémateux, porteur depuis une quinzaine d'années, d'une affection singulière de la région périnéo-anale. Cette éruption couvre toute cette dernière région, et se prolonge jusque sur la région fessière et le scrotum. Les contours sont nets, festonnés, polycycliques, bordés par une légère collerette épidermique. La zone périphérique est violet-cendrée, pigmentée, sèche; l'épithélium se laisse arracher par larges squames, le derme ne présente pas d'induration sensible. La zone centrale suppure et un fond lie de vin, parsemé d'ilots irréguliers, blanchâtres, formés, les uns par de l'épithélium macéré, les autres par de l'épithélium néoformé. L'examen histologique a montré la présence très nette dans les cellules épidermiques, au niveau de la couche de Malpighi d'un grand nombre de corps arrondis ou ovalaires, notablement plus gros que les cellules qu'ils distendent, présentant un noyau volumineux, parfois multiple et fortement teinté; ces corps sont sans aucun doute des psorospermies, ce qui vient confirmer le diagnostic de maladie de Paget que la clinique seule avait déjà permis de poser. P. MERMET.

Was ist Eczem ? par KROMAYER (*Halle*, 1892).

Dans cette brochure dédiée à Hebra, l'auteur étudie l'eczéma au double point de vue anatomo-pathologique et clinique. Au point de vue anatomo-pathologique, l'eczéma est une enchydermatite, c'est à-dire une inflammation de l'enchyderme ; Kromayer désigne sous ce nom l'épiderme avec les couches les plus supérieures du derme ainsi que le corps papillaire. Au point de vue clinique, l'eczéma est une lésion essentiellement atypique, soit dans sa nature, son apparition, le développement des efflorescences, leur siège, leur durée. En somme l'eczéma est une enchydermatite atypique qui, en raison du siège de l'inflammation se distingue des dermatoses n'atteignant pas l'enchyderme, en raison de son atypie se différencie des enchydermatites typiques telles que le pitryriasis rubra, la gale, l'impétigo contagieux, l'eczéma marginé. Ainsi définis par deux caractères, l'un positif (l'inflammation de l'enchyderme) l'autre négatif (l'atypie), les eczémas formeraient un groupe morbide des plus disparates s'ils ne présentaient un caractère commun, l'irritabilité plus grande de la peau et spécialement des organes nerveux cutanés, irritabilité créée par des causes excitantes externes, et favorisée par des maladies internes et des anomalies constitutionnelles. P. MERMET.

Sull' eczema acuto del labbro inferiore (catocheilite dei mietitori), par COLOMBINI (*La Riforma medica, p.* 579, 591 *et* 603, 29 *et* 30 *novembre et* 1er *décembre* 1892).

L'affection décrite par Moretti (*R. S. M.*, XXIX, 616), Tommasoli (*R. S. M.*, XXXI, 499) et Jaja, est un eczéma aigu se développant dans les saisons chaudes chez les sujets qui s'exposent pendant longtemps à l'action du soleil ; cet eczéma n'est ni transmissible ni inoculable et ne doit pas être considéré comme d'origine parasitaire ; sa symptomatologie et sa marche spéciales sont dues surtout à la structure spéciale de la région et à la présence de micro-organismes pyogènes.

GEORGES THIBIERGE.

Pityriasis rubra pilaire, par GALEWSKY (*Verhandlungen der Deut. Derm. Gesel., p.* 222, 1892).

Le pityriasis rubra pilaris (Devergie, Richaud, Besnier) semble identique au lichen ruber des Américains (Taylor, Robinson) et au lichen ruber acuminé bénin des Viennois (Kaposi, Hebra). Dans les deux cas observés par l'auteur, l'affection débuta brusquement, et se généralisa rapidement. Aux points atteints, la peau est épaisse, rouge, donnant la sensation d'une râpe. Elle est recouverte de squames blanchâtres purpuracées, et présente des papules coniques, dures, rouges, pourvues ou non d'un poil et correspondant aux follicules pileux. Les ongles sont épais et cassants. Les cheveux et les sourcils tombent. Prurit intense. Bon état général. Absence de fièvre. Histologiquement la lésion est une hyperkératose exfoliatrice surtout considérable au niveau des glandes sébacées et des follicules. — Comme traitement, l'auteur conseille, à l'intérieur l'arsenic, et localement les bains prolongés, les pommades salicylées, les onctions de chrysarobine.

P. MERMET.

Kératose folliculaire, par H. BROOKE (*Atlas intern. des mal. rares de la peau* 1re *livraison*, 1892).

L'auteur désigne sous le nom de kératose folliculaire contagieuse une affection rare, décrite déjà par Cazenave et Hardy sous le nom d'acné sébacée cornée, par Wilson sous le nom d'ichtyose sébacée cornée. Il cite à l'appui de sa description huit observations. L'affection, contagieuse au premier chef, comme le prouvent les cas de kératose folliculaire familiale, est constituée par une éruption de papules de coloration noirâtre, de dimensions variables, de consistance dure ou charnue, tantôt confluentes et réunies en placards. Les lésions peuvent envahir une surface considérable du corps et semblent plutôt se localiser au niveau des points protégés du tégument (aisselle, plis de flexion). Histologiquement les papules sont constituées par une prolifération des cellules épidermiques avec modification du processus de kératinisation. L'oblitération des follicules pileux par un bouchon épithélial et la dilatation consécutive de ce follicule en arrière de l'obstacle sont les phénomènes primordiaux ; les lésions des glandes sébacées sont secondaires. Aucun parasite (microbe ou prorospermie) n'a été trouvé dans ces papules.

P. MERMET.

Uber autotoxische Keratodermiten (Parakeratosen Auspitz und Unna), par P. TOMMASOLI (*Monatsh. f. prakt. Dermatol. Ergängzungsh., I*, 1893).

L'auteur a pris pour tâche d'établir l'exactitude des propositions suivantes :

Au milieu des diverses dermatoses qui ont pour siège les couches cornées de l'épiderme, il est une série de maladies chroniques qui sont liées constamment à une inflammation du stratum vasculaire et du stroma épidermique, et ont pour résultat une hyperplasie de l'épiderme, plus particulièrement de sa couche cornée (kératophorie).

Ces épidermopathies peuvent affecter des caractères cliniques divers :

Au point de vue étiologique, on reconnaît entre elles certaines parentés; elles constituent ainsi une grande famille morbide, celle des épidermopathies kératophores ou kératodermites.

A cette famille appartiennent les kératonoses d'Auspitz, les parakératoses d'Unna, le comédon, le lichen scrofulosorum, le lichen simplex chronique de Vidal, toutes les variétés de kératomes des extrémités, y compris l'hyperkératose sous-unguéale de Hans Hebra, la parakératose scutulaire d'Unna et les herpétides exfoliatrices de Bazin.

On en exclut les parakératoses d'origine parasitaire ou d'autre cause externe; elles se distinguent, en effet, des précédentes par leur évolution.

Abstraction faite de ces dernières, les kératodermites ne peuvent être rapportées qu'à la vieille théorie humérale. Ce sont des maladies par trouble de nutrition; elles sont dues à l'action de substances toxiques qui se font dans l'organisme, aux dépens de l'organisme, et dont celui-ci cherche constamment à se débarrasser par ses organes d'élimination, d'où résulte l'altération de ces derniers.

L'auteur est ainsi conduit à compléter la dénomination de sa nouvelle famille d'épidermopathies : ce sont des kératodermites par troubles de nutrition ou mieux auto-toxiques.

La chimie de ces auto-toxines n'est pas faite; on peut admettre seulement qu'elles dépendent d'un trouble général, congénital ou acquis, de l'organisme. Les différences qu'offrent dans leurs caractères les divers types de kératodermites s'expliquent, dans la théorie de l'auto-intoxication, par celles que peuvent présenter les toxines dans leurs qualités, leur quantité, leurs combinaisons et leurs localisations. H. HALLOPEAU.

Sur un cas d'œdème chronique d'origine ortiée, par HALLOPEAU (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 16 *février* 1893).

Femme, avec tare tuberculeuse, sujette depuis l'âge de sept ans à des poussées d'urticaire généralisées; chacune de ces poussées est suivie d'une tuméfaction œdémateuse du tégument externe. Finalement, cette tuméfaction urticarienne devint persistante, s'exagérant à chaque nouvelle poussée. Il ne s'agit point ici d'un œdème de cause locale; la généralisation de la tuméfaction s'y oppose. Il ne s'agit point non plus de myxœdème, bien que la peau rappelle par sa dureté et sa résistance à la pression celle du myxœdème, car nous ne retrouvons point ici l'aspect porcelainé avec sécheresse et de rugosité de la peau, ainsi que les troubles de l'intelligence et de la motilité constants

dans cette dernière affection. La seule cause de cet œdème chronique, ce sont les poussées d'urticaire. P. MERMET.

Contribution à l'étude du psoriasis unguéal, par MÉNEAU (*Soc. franç. de derm. et de syph.*, 7 *avril* 1893).

Le psoriasis des ongles a été très diversement interprété ; en France, Alibert, Cazenave, Rayer, Devergie, Hardy, Bazin, Besnier et Brocq, à l'étranger, Hutchinson, Schütz, Hebra, Weyh, Nielsen et Rosenthal sont les principaux dermatologistes qui s'en sont occupés. C'est une manifestation rare d'une dermatose très répandue, ne s'observant que dans 10 0/0 environ des cas (Nielsen). On peut la diviser en trois grands groupes, tant au point de vue pathogénique que symptomatique. 1° Le premier groupe réunit deux ordres de faits : chute des ongles dans un cas de psoriasis aigu ; chute des ongles dans les cas d'herpétide exfoliatrice (dermatite exfoliante secondaire ou psoriasis arthropathique). 2° Le deuxième groupe, contrairement au précédent, comprend des cas chroniques qui surviennent secondairement dans les formes invétérées du psoriasis ; on observe alors l'une des deux formes suivantes : altérations et gonflement des ongles avec état squameux du repli susunguéal : hyperkératose sous-unguéale. 3° Le troisième groupe comprend les cas de psoriasis qui ont débuté par les ongles et s'y sont totalement ou à peu près totalement limités ; dans ce dernier groupe le diagnostic est à faire avec l'eczéma et la tricophytie des ongles.

P. MERMET.

Essais cliniques sur le gallanol dans le psoriasis et l'eczéma, par P. CAZENEUVE et E. ROLLET (*Lyon méd.*, 9 *avril* 1893).

Les auteurs ont employé avec grand succès, dans le traitement des eczémas et psoriasis chroniques l'anilide de l'acide gallique, le gallol qu'ils appellent gallanol. Ce corps s'obtient par ébullition du tannin avec l'aniline. On traite par l'eau acidifiée par l'acide chlorhydrique. Les cristaux sont purifiés dans l'alcool. Le produit est blanc, d'une saveur amère, peu soluble dans l'eau froide, très soluble dans l'eau bouillante, l'alcool, l'éther, insoluble dans la benzine, le chloroforme.

On l'emploie en pommade à la vaseline au 1|30, 1|10, 1|4, ou en solution. A l'aide de ces pansements, les psoriasis anciens ont été rapidement guéris. A. C.

Sur un cas de morphœa plana, par HALLOPEAU (*Soc. de derm. et de syph.*, 12 *janvier* 1893).

La malade d'Hallopeau présente une éruption de morphée. Les plaques éruptives dont les premières ont apparu il y a deux ans, occupent toute la surface du corps, la tête et les extrémités exceptées. Disposées presque symétriquement des deux côtés du corps, elles offrent une coloration blanchâtre, de forme tantôt allongée, tantôt circulaire, souvent polycycliques, souvent disposées en bandes, ces plaques offrent parfois des dimensions considérables et arrivent à former en certains points une large ceinture embrassant la moitié du tronc ou un grand collier au-devant du cou. Elles présentent une induration spéciale, et leur périphérie montre une zone d'extension, de coloration lilas caractéristique. L'évolution de cette éruption a été assez particu-

lière. Sous l'influence d'un traitement électrique (bains électriques et faradisation), les plaques entrent en régression, il y a d'abord substitution d'un érythème à la plaque décolorée et indurée : cette substitution marche le plus souvent de la périphérie vers le centre de la plaque et aboutit rapidement à une pigmentation d'un brun foncé de la peau, pigmentation qui pâlit lentement et peut finir par s'effacer entièrement. Souvent il subsiste à leur suite un amincissement notable du tégument. Dans certains cas, la terminaison n'est point si simple. Certaines plaques s'excorient et s'ulcèrent avec la plus grande facilité, et laissent après elles une cicatrice pigmentée et indélébile.

P. MERMET.

Contribuzione allo studio dei sarcomi melanotic della cute, par CATTERINA (*Giorn. ital. delle mal. vener. XXVII*, 4).

D'après l'examen de trois cas de sarcome mélanique l'auteur admet que ces tumeurs se développent dans les papilles et dans le derme et sont constituées par des cellules fusiformes en alvéoles. Ces sarcomes envahissent aussi promptement les ganglions que le carcinome, mais ulcèrent la peau plus tardivement. Le pigment n'est pas d'origine hématique, mais il est élaboré par les cellules. Celles-ci subissent des altérations très accentuées au point de vue de la forme et des dimensions, au point de ressembler à des éléments d'origine épithéliale. F. BALZER.

Note sur quelques cas d'acné varioliforme ou molluscum contagiosum des régions périanales, périvulvaires et inguino-crurales, par BARTHÉLEMY (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 9 *mars* 1893).

L'auteur, tout en signalant la fréquence relative à l'affection, montre, qu'au début les lésions sont absolument minuscules (papules plates, luisantes, sans coloration spéciale), que plus tard après un développement très lent elles arrivent à leur aspect typique (papules saillantes, arrondies et pyriformes, ou aplaties ou ombiliquées, transparentes, blanches, lisses, perlées, mais solides et dures au toucher). Elles sont alors le siège d'élancements douloureux, de cuisson, provoquent le grattage et l'excoriation, l'irritation et l'inflammation des lésions, ainsi que leur diffusion et leur multiplication. Les folliculites décrites par Huguier doivent rentrer dans le cadre de cette affection. Le diagnostic n'est à faire ici qu'avec les végétations. Quant au traitement, le raclage et surtout l'excision suivie d'une cautérisation constituent les procédés de choix. P. MERMET.

Lupus scléreux offrant certains caractères syphyloïdes, par QUINQUAUD (*Soc. franç. de derm. et de syph.*, 8 *décembre* 1892).

Observation d'un malade, atteint d'un lupus serpigineux de la région fessière, présentant des particularités intéressantes. Le centre des lésions occupe toute la région fessière droite et offre un aspect cicatriciel; cette cicatrice limitée par un rebord polycyclique, pigmenté, présente à sa surface des nodules jaunâtres, pigmentés, ainsi que d'autres saillants et durs. A la périphérie de ces lésions cicatricielles, on constate une guirlande d'ulcérations, les unes distinctes et séparées, les autres coalescentes, mais toutes polycycliques, inégales, taillées à l'emporte-pièce, paraissant formées par l'ulcération de gros tubercules. L'examen histologique montre bien qu'il s'agit de lésions tuberculeuses. Les nodules sont formés par du tissu de sclérose.

Sur les limites des deux régions cicatricielle et ulcéreuse, les papilles sont hypertrophiées, le derme est remplacé par un tissu fasciculé rappelant celui du sarcome. Dans ce tissu siègent des nodules tuberculeux typiques.

La recherche des bacilles tuberculeux fut négative, mais l'inoculation aux animaux a donné lieu à une tuberculose expérimentale. P. MERMET.

Tuberculoses cutanées, par R. DU CASTEL (1 *vol. in*-16 *de* 267 *pages*, *Paris*, 1892).

Ce petit volume résume très clairement et très complètement l'état actuel de la question des tuberculoses cutanées. L'auteur décrit successivement les tuberculoses cutanées accidentelles, les lupus, les ulcérations tuberculeuses de la peau et les gommes scrofulo-tuberculeuses. Sous le nom de tuberculoses inoculées accidentelles il étudie le tubercule anatomique, le lupus scléreux de Vidal et la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, séparant à notre avis un peu trop complètement ces types cliniques très voisins l'un de l'autre, dont aucun ne mérite d'être élevé à la dignité de forme spéciale, indépendante des deux autres. Il divise le lupus en lupus tuberculeux et lupus érythémateux, rangeant ainsi ce dernier dans la tuberculose cutanée suivant l'opinion de Besnier. Les ulcérations tuberculeuses se divisent en ulcérations cutanées secondaires des sujets tuberculeux et ulcérations tuberculeuses primitives de la peau. Un chapitre intéressant sur les complications lymphatiques, ganglionnaires et viscérales succède à la description clinique et anatomo-pathologique des diverses formes de tuberculoses cutanées. Puis l'auteur jette un coup d'œil d'ensemble sur les tuberculoses cutanées, étudie leur marche comparée; il pose dans ce chapitre la question de la pluralité des tuberculoses et tend à admettre que toutes les lésions cutanées actuellement rapportées à la tuberculose ne relèvent pas d'un seul et unique agent pathogène : c'est ce chapitre qui justifie le titre de tuberculoses cutanées donné à sa monographie; il y recherche également si les lésions cutanées sont toujours fonction de bacille, si elles ne relèvent pas plutôt, dans certaines formes, de l'intoxication par les produits de secrétion du ou des bacilles tuberculeux, question déjà soulevée par Besnier, et signale les infections secondaires des tuberculoses cutanées. Le traitement est exposé avec clarté et détails. GEORGES THIBIERGE.

Sur une poussée aiguë de lèpre à manifestations multiples et plus particulièrement sur l'orchite aiguë lépreuse, par HALLOPEAU et JANSELME (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 9 *mars* 1893).

Les auteurs ont été témoins d'une poussée aiguë de lèpre ayant atteint les appareils les plus divers. Cette poussée s'est traduite par une conjonctivite avec iritis double, par des douleurs rhumatoïdes siégeant dans les membres supérieurs, par l'apparition rapide d'une griffe cubitale de la main gauche, par un léprome situé sur la peau du scrotum et par des lésions testiculaires. Cette orchite aiguë lépreuse est caractérisée par une infiltration simultanée du testicule et de l'épididyme, sa localisation souvent bilatérale, l'absence d'épanchement dans la tunique vaginale, l'indolence presque absolue des testicules, l'absence de lésions du cordon, de la prostate et des vésicules séminales, l'absence d'écoulement

urétral, la répétition des poussées aiguës testiculaires et leur terminaison par résolution, suivie d'une infiltration nodulaire scléreuse dans le parenchyme de la glande. P. MERMET.

Lèpre et simili-lèpre, par DU CASTEL (*Soc. franç. de derm. et de syph.*, 8 *avril* 1893).

L'auteur rapproche les histoires de deux malades de son service : l'un a vécu aux Indes et est atteint de lèpre classique, caractérisée par des macules circinées érythémateuses et anesthésiques, des ulcérations en partie cicatrisées, des atrophies musculaires des membres, des nodosités des nerfs cubitaux, une diminution des réflexes rotuliens, des zones d'anesthésie avec dissociation sensitive. L'autre malade présente des accidents à peu près analogues, mais n'a jamais quitté la France; aussi en raison de cette circonstance étiologique et de quelques différences symptomatiques telles que l'exagération des réflexes rotuliens et l'absence des nodosités des nerfs cubitaux, l'auteur se croit autorisé à porter le diagnostic de myélite chronique probablement de syringomyélie ; l'absence de bacilles de Hansen semble lui donner raison.

P. MERMET.

Des alopécies atrophiques, par DUBREUILH (*Ann. de derm. et de syph.*, *p.* 329, *avril* 1893).

Étudiées par Brocq, Ducrey et Stanziale, les alopécies atrophiques comprennent quatre variétés distinctes : 1° l'acné chéloïdienne constitue la première; Brocq ne la rattache aux autres qu'avec beaucoup de réserves. 2° La deuxième forme est représentée par la pseudo-pelade atrophique dont l'auteur signale quatre observations nouvelles; elle se caractérise par des plaques alopéciques qui évoluent très lentement et qui, finalement, prennent un aspect blanc nacré, cicatriciel; les lésions en évolution sont prurigineuses et offrent une certaine analogie avec le lupus érythémateux. Cette analogie avec le lupus persiste au point de vue anatomique; il s'agit ici d'une dermite chronique diffuse se traduisant par des infiltrations en amas de petites cellules dans la couche papillaire du derme et aboutissant à l'atrophie des papilles, des follicules pileux et des glandes sébacées. Le traitement par l'ichtyol semble donner quelques résultats. 3° La folliculite décalvante de Quinquaud ou acné décalvante de Lailler constitue la troisième forme d'alopécie atrophique. 4° La dernière enfin est représentée par le sycosis lupoïde de Brocq, ou ulérythème sycosiforme de Unna; elle se rapproche beaucoup de la deuxième et, comme elle, offre de nombreux points d'analogie avec le lupus érythémateux. P. MERMET.

Pseudo-tuberculoses faviques expérimentales, par SABRAZÈS (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 7 *avril* 1893).

L'achorion Schœnleinii par suite de l'extension progressive du godet favique, envoie des filaments mycéliens jusqu'au voisinage des vaisseaux de la région papillaire de la peau. Ne peut-il pas s'ensuivre une généralisation parasitaire par la voie sanguine, à la faveur d'un traumatisme, par exemple? Cliniquement, en dehors du cas de Kundrat et de Kaposi, on ne connaît pas chez l'homme de lésions faviques extra-cutanées. Expérimentalement, on peut chez les animaux déterminer une infection

favique. L'absorption du parasite par les voies digestives est sans résultat. Les inoculations intra-veineuses donnent lieu à des pseudo-tuberculoses faviques non douteuses des poumons. Il en est de même des injections intra-péritonéales qui déterminent une pseudo-tuberculose du péritoine. P. MERMET.

Favus de l'homme, de la poule et du chien, par SABRAZÈS (*Ann. de derm. et de syph., p.* 340, *avril* 1893).

Les parasites du favus de l'homme, de la poule et du chien paraissent différents. — Celui de l'homme est représenté par un seul et même champignon, facile à colorer par la méthode de Weigert, se décolorant complètement par celle de Gram. Les godets faviques primitivement intra-folliculaires envahissent de proche en proche l'épiderme et pénètrent jusqu'aux papilles dermiques; ils sont formés de filaments mycéliens et de spores qui correspondent à l'achorion Schœnleinii. Il se cultive sur gélose, gélatine, moût de bière, pomme de terre, surtout à la température ordinaire; les cultures ont une odeur de souris sur certains milieux glycérinés. Les inoculations sont positives sur la souris, la poule, le lapin, négatives sur chien. — La teigne de la poule est un favus; son parasite est l'épidermophyton gallinœ de Mégnin qui diffère essentiellement au triple point de vue de sa situation botanique, des cultures, et des inoculations de l'achorion schœnleinü. — Il en est de même de la teigne du chien dont le parasite est un oospora; sa difficulté de coloration par la méthode de Weigert, l'inoculation positive à l'homme, à la souris, sa culture sur les divers milieux à la température de 13° nous démontre son individualité propre. P. MERMET.

Contribution à l'étude de la tricophytie humaine, par SABOURAUD (*Ann. de derm. et de syph., p.* 116, *février* 1893).

Dans un nouveau mémoire sur la tricophytie, l'auteur étudie les tricophytons à grosses spores. La bactériologie permet de reconnaître dix-neuf espèces de ces champignons; elle montre en effet que les cultures de tricophytons à grosses spores ne sont pas identiques entre elles. Les milieux de cultures les plus favorables, de composition constante et de sensibilité extrême, sont sans contredit la pomme de terre et le moût de bière gélosé, ainsi que les geloses mannitées et lactosées. Or la culture de ce parasite dans ces divers milieux montre que les tricophytons mégalosporons forment une famille d'espèces nombreuses, fixes, à caractères spéciaux, durables et héréditaires. — La clinique de son côté montre la diversité, le polymorphisme de la teigne tricophytique, et les observations de l'auteur lui permettent déjà de distinguer quatre types de tricophyties. Dans la tricophytie pilaire, celle du cheval se caractérise par un placard de dermite profonde (kerion celsi), celle du chat, plus large et moins bien circonscrite, s'accompagne d'une dermite finement vésiculeuse. Dans la tricophytie tégumentaire on trouve la folliculite agminée tricrophytique produite par le tricophyton du cheval, la tricophytie circinée dysidrosiforme à extension rapide causée très probablement par le tricophyton du chat. L'auteur conclut de ses recherches : 1° Que les tricophyties se ressemblent parce que leurs parasites causals sont ana-

logues, et différent parce qu'ils ne sont pas identiques. 2° Que la tricophytie n'est pas une entité morbide, mais un syndrome. P. MERMET.

Du collodion iodé dans le traitement des teignes, par BUTTE (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 7 *avril* 1893).

Le collodion iodé donne d'assez bons résultats dans le traitement des teignes, notamment dans les formes achromateuses de la pelade et dans la teigne tondante. Dans ce cas, il agit tout à la fois comme parasiticide, occlusif et comme agent d'épilation; en effet, des applications successives de collodion forment une véritable calotte qu'il est facile d'arracher au bout d'une quinzaine de jours de traitement. La chute de cette calotte entraîne celle des cheveux, et l'épilation est ainsi réalisée.

P. MERMET.

Tratamiento de la tiña favosa y de la pelada por el naftol, par Viñeta BELLASERA (*Revista de cienc. med. de Barcel*, *p.* 438, 1892).

L'auteur prescrit avantageusement dans le favus le traitement suivant : épilation, lotion savonneuse, application deux fois par jour de la pommade naphtolée (naphtol β : 12 à 14 grammes; baume du Pérou : 1 gramme; vaseline : 100 grammes). La durée du traitement est réduite à quatre ou six mois. Dans la pelade, l'auteur recommande de raser les plaques trois fois par semaine en dépassant les bords d'un demi-centimètre, d'appliquer pendant la nuit la pommade précédente et pendant le jour une solution alcoolique à 12 0/0. La durée de la maladie n'est plus, avec ce traitement, que de deux, trois ou cinq mois. P. MERMET.

Pelade et vitiligo, par BARTHÉLEMY (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 7 *avril* 1893).

Pelade et vitiligo coïncident souvent. Le vitiligo est en effet une affection essentiellement chronique pendant la durée duquel peuvent survenir telles ou telles affections tout à fait indépendantes de lui, la pelade parasitaire entre autres. Dans ce cas la pelade se comporte comme si le sujet n'était point vitiligineux, et n'avait ni dischromie, ni calvitie, c'est-à-dire que la pelade disparaît et que le vitiligo reste. Dans d'autres cas plus complexes, c'est la pelade névropathique ou trophoneurotique qui coïncide avec le vitiligo ; il s'agit alors vraisemblablement d'un vitiligo ayant causé la calvitie en aires, c'est-à-dire que la calvitie est fonction du vitiligo. C'est là le vitiligo peladique de Dubreuilh, Morel-Lavallée, Mathieu, affection encore peu connue et sur laquelle, ajoute Besnier, il y a lieu d'ouvrir une enquête nouvelle. P. MERMET.

Traitement des chéloïdes par les injections interstitielles d'huile créosotée, par P. MARIE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 *mars* 1893).

Marie a employé une solution d'huile créosotée stérilisée à 20 0/0, il fait les injections avec une seringue de Pravaz dans la tumeur qui devient violacée, à la surface se fait une phlyctène, puis la chéloïde passe à l'état d'eschare sèche. H. L.

Sur l'éléphantiasis congénital, par MONCORVO (*Ann. de derm. et de syph.*, *p.* 233, *mars* 1893).

Signalé par Gaudiford, Weit, Freiberg, décrit par Virchow, Moncorvo, retrouvée par Kuerg, Moure, Home, Jordan, etc., l'éléphantiasis congénital n'est point extrêmement rare ; l'auteur en signale trois nouveaux cas. La condition pathogénique est la présence dans le sang de la filaire décrite par Wucherer ou, ce qui est plus probable, la transmission par voie placentaire de la mère au fœtus du streptocoque de Fehleisen, d'où identité de nature de l'érysipèle, de la lymphangite et de l'éléphantiasis (Sabouraud, Moncorvo). Atteignant aussi bien les enfants blancs que ceux de race métis, l'affection reste circonscrite, dans le tiers des cas, à une partie du corps, notamment aux membres inférieurs, et revêt sa forme habituelle d'œdème dur et élastique ; dans les deux autres tiers des cas, le mal affecte la forme molle ou kystique ou associée aux formations sclérotiques (Virchow, Moncorvo), et a tendance à se généraliser. Ces divers types de l'éléphantiasis congénital doivent être soigneusement distingués d'avec quelques œdèmes retrouvés au moment de la naissance (œdématie concrète, sclérème et sclérème adipeux des nouveaux-nés). La compression élastique et les courants continus sont les procédés thérapeutiques de choix. P. MERMET.

Remarques sur l'évolution, la pathogénie et le traitement du clou de Biskra, par MOTY (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 6 *avril* 1893).

Le microcoque décrit par Duclaux est l'agent spécifique du clou de Biskra ; on peut le cultiver facilement sur le bouillon peptonisé, la gelose, soit avec l'ichor rougeâtre de la périphérie d'un clou, soit avec le sang recueilli au voisinage par une piqûre de la peau. Toutes les inoculations faites en France soit avec la sérosité, soit avec les croûtes, soit enfin avec les cultures ont échoué. — Au point de vue de l'évolution le clou, unique au début, va bientôt coloniser au voisinage par la voie lymphatique, on observe en effet constamment de la lymphangite et de l'adénite spécifiques. Ces deux faits, marche centripète de l'infection et lymphite, montrent très nettement le rôle important joué par les lymphatiques dans l'évolution de l'affection. Les antiseptiques locaux, le sublimé en particulier, donnent comme traitement d'excellents résultats.

P. MERMET.

Etiologie des végétations, par FABRIS et FIOCCO (*Giorn. ital. delli mal- vener.*, *XXVIII*, 1).

Les auteurs ne pensent pas comme Ducrey et Oro que les papillomes soient dus à des psorospermies. Parmi les nombreux microbes du smegma, il en est qui dans les végétations se montrent constamment sous forme de cocci en chaînes et de streptocoques occupant l'épiderme sans pénétrer ni dans les cellules, ni dans les vaisseaux sanguins. Ces parasites se voient après coloration par la méthode d'Erhlich avec décoloration de Weigert. Les auteurs sont disposés à les considérer comme les agents pathogènes de ces papillomes. F. BALZER.

Contribution à l'étude du papillome corné névrotique, par Aim MATHIEU (*Thèse de Lyon*, 1892).

L'auteur décrit sous le nom de papillome corné névrotique des faits de productions papillomateuses et cornées, se développant pendant la vie intra-utérine ou dans les premiers mois de la vie extra-utérine, persistant toute la vie, disposées sur le trajet des nerfs, qui ont été souvent et à tort rattachés à l'ichthyose hystrix. Il trouve les dénominations de nævus nerveux et de nævus verruqueux trop vagues, l'affection constituant pour lui une entité. Au point de vue pathogénique, il pense qu'il est difficile de se prononcer entre la théorie nerveuse et celle de la viciation évolutive embryonnaire primitive, quoique la dénomination proposée par lui semble préjuger la question. GEORGES THIBIERGE.

A case of xanthoma multiplex in a child, par Mac Call ANDERSON (*Brit. med. j.*, *p.* 1220, 3 *décembre* 1892).

Enfant de 3 ans, porteur d'une éruption probablement congénitale, puisqu'on l'avait constatée dès l'âge de 3 mois. Ce sont des papules jaunâtres, très petites, disséminées, ou agglomérées et alors, offrant des contours semi-circulaires, molles et non indurees. L'éruption est symétrique et occupe la face, le cou, les épaules, les bras et les jambes : elle est surtout confluente aux épaules, très discrète sur le tronc et dans le sens de la flexion des membres. L'examen biopsique montre que les papules sont produites par une hypertrophie du chorion. Les cellules du derme sont augmentées de nombre et surtout de volume, beaucoup ont plusieurs noyaux, et ont subi la dégénérescence graisseuse, d'où l'apparence jaune de la papule. La présence de cellules géantes donne une certaine analogie entre la lésion et celle de la tuberculose. H. R.

Dermatite due à l'opium, par J. LANZ (*Meditzinskoië Obozrenië*, *n°* 14, 1892).

Lanz rapporte un cas d'idiosyncrasie spéciale pour l'opium. Un fumeur de 29 ans, atteint de bronchite, prend une dose de poudre de Dower de 0,40 centigrammes : huit heures après, frisson, céphalée, fièvre, éruption scarlatiniforme généralisée, desquamation de tout le corps le troisième jour, avec les caractères de la desquamation scarlatineuse par larges plaques. La toux persistant, huit jours après, une nouvelle dose de 0,10 centigrammes de poudre de Dower est absorbée en deux prises, mêmes effets : il en fut encore ainsi après l'administration de cinq gouttes de teinture d'opium.

L'auteur de cette analyse a observé un cas absolument semblable, chez un sujet qui par contre tolérait remarquablement la belladone.

H. R.

Hydrargyrie de cause externe. Eruption scarlatiniforme sur le corps ; éruption revêtant l'aspect de l'impetigo larvalis, par FOURNIER (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 9 *mars* 1893).

Malade lymphatique qui, à la suite d'applications de compresses trempées dans une solution de sublimé, de pommades au calomel et au précipité blanc, présenta les accidents suivants : Début brusque de l'éruption hydrargyrique, qui d'emblée couvre tout le corps. Partout, sauf à la face, l'éruption est formée par une rougeur vive, en nappe, s'accompagnant de démangeaisons pénibles, restant sèche, excepté aux endroits de flexion. A la face, au contraire, les lésions sont constituées par des vésico-pustules qui en se desséchant

forment un masque croûteux. Huit jours après le début des accidents, les croûtes impétigineuses de la face sont épaisses, molles, et se détachent facilement, le reste du corps présente une desquamation formée d'écailles blanches, foliacées, très petites, purpuracées presque. Pendant toute la durée de l'éruption, il n'y eut aucun symptôme de stomatite, ni de troubles des grandes fonctions.

P. MERMET.

Éruptions iodoformiques, par CATHELINEAU (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 16 *février* 1893).

Dans les trois observations rapportées par l'auteur, il s'agit d'érythèmes généralisés, véritables rashs iodoformiques, suivant l'expression de Fournier. L'éruption apparut d'une heure à trois jours après le pansement iodoformé, d'abord localisée, puis se généralisant, elle était constituée soit par des taches, soit par des placards érythémateux, de couleur scarlatiniforme, séparés par des intervalles de peau saine. En même temps, existait un prurit intense, et des symptômes généraux assez marqués (malaise, frissons, fièvre), démontrant bien qu'il ne s'agissait pas d'une éruption due à une irritation locale par l'iodoforme, mais bien d'une véritable intoxication. Après un laps de temps variable, huit à dix jours, l'érythème pâlit, prend une teinte jaunâtre, le prurit diminue et bientôt après il se fait une desquamation furfuracée. D'après l'auteur, ces accidents d'intoxication iodoformique seraient provoqués par la rétention dans l'économie de l'iode à l'état de combinaisons organiques formées au point d'absorption ; les phénomènes d'intoxication disparaîtraient quand l'iode tend à s'éliminer par les urines à l'état d'iodures.

P. MERMET.

Contribution à l'étude des dermatoses arsénicales, par RASCH (*Ann. de derm. et de syph.*, *p.* 150, *février* 1893).

A l'occasion de deux malades, l'une atteinte d'un zoster gangréneux, d'une éruption pustulo-ulcéreuse généralisée et de kératose palmaire symétrique d'origine arsénicale, l'autre atteint d'une dermatite bulleuse aiguë généralisée également d'origine arsénicale, l'auteur passe en revue les manifestations cutanées de l'intoxication arsénicale. Il en décrit les dix catégories suivantes : 1° Pigmentations étudiées par Kirchgasser, Haffter, Hutchinson, Barthélemy, véritables mélanodermies arsénicales analogues à l'acrodynie, simulant la maladie bronzée d'Addison. 2° Eruptions érythémateuses et desquamations soit rubéoliformes (Christison, Macnab), soit à type d'érythème pernio (Barthélemy), soit érysipélateuses ou scarlatiniformes (Girdleston, Kellie), souvent difficiles à distinguer des dermatites exfoliatrices, des érythèmes scarlatiniformes desquamatifs. 3° Eruptions urticariennes et œdèmes de la peau et de l'hypoderme. 4° Eruptions vésiculeuses à type, soit de zoster soit d'herpès génital (Schindler), labial (Christison), soit de vésicules miliaires (Hahnemann). 5° Eruptions bulleuses rares, soit localisées (Girdleston), soit généralisées (Rasch). 6° Eruptions papuleuses à type tantôt luhénoïdes circumpilaires (Imbert-Goubeyre), tantôt lenticulaires (Devergie). 7° Eruptions pustuleuses et ulcéreuses. 8° Purpura signalé par Christison. 9° La chute des cheveux ou des ongles. 10° Des déformations unguéales diverses.

P. MERMET.

Dermite vésiculeuse des deux mains produites par l'usage de gants rouges dits « gants de peau de chien », par PUY LE BLANC (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 16 *février* 1893).

Malade qui pour avoir conservé des gants dits « gants de peau de chien » pendant huit heures, un jour de forte chaleur, vit apparaître sur le dos des deux mains une éruption confluente, formée de nombreuses vésicules, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de blé. Dans certains points les vésicules se réunissent pour former des bulles pemphigoïdes; au poignet elles forment un véritable bracelet d'un centimètre de large. L'auteur explique ainsi la genèse des accidents. Ces gants dits « de peau de chien » sont teints avec l'aurantia, qui chimiquement est une hexanitrodyphénylamine. Sous l'influence de la sueur, la matière tinctoriale traversant par endosmose l'épaisseur des gants, vint pénétrer dans l'épiderme et atteindre le derme, d'où la vésiculation. Cette éruption n'a rien qui surprenne; les mêmes accidents cutanés s'observent chez les ouvriers qui fabriquent cette substance chimique.

P. MERMET.

De l'acné anthracoïde ou dermatite tubéreuse iodique, par LEGRAND (*Thèse de Paris*, 1893).

Les éruptions iodiques semblent être le résultat d'une action de l'iode sur les centres nerveux et ne pas reconnaître comme point de départ une action élective de l'iode sur certains éléments de la peau. L'éruption est constituée parfois par de véritables tumeurs, comparables à des furoncles ou à de petits anthrax et prenant à un moment donné l'aspect de plaques saillantes, végétantes, ulcérées, croûteuses. Le point essentiel du traitement est la suppression de l'iodure de potassium, et les changements rapides subis par ces tumeurs viennent confirmer le diagnostic.

F. BALZER.

Présence du bacille de Lustgarten dans les tissus syphilitiques, par DE MICHELE et RADICE (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVIII*, 1).

Les microbes décrits par Lustgarten peuvent être vus dans les cellules ou à l'état libre, mais toujours dans les espaces lymphatiques du tissu conjonctif. Ils existent dans toute l'étendue des tissus envahis par des lésions récentes secondaires ou tertiaires, mais quand il s'agit de lésions avec dégénérescence des éléments on ne les trouve qu'à la périphérie des foyers d'infiltration cellulaire. Ce bacille est difficile à colorer, il faut agir avec des températures élevées, ou bien laisser longtemps les tissus en contact avec la solution colorante. Les auteurs ont vu les bacilles dans des cas de gommes, de périostite, de dégénérescence amyloïde du foie, et d'artério-sclérose de l'artère basilaire.

F. BALZER.

Vaccination in an case of hereditary syphilis..., par WHEATOR (*The Lancet*, *p.* 1497, 31 *décembre* 1892).

Wh. signale un fait d'ulcérations phagédéniques, développé aux points vaccinés chez un enfant atteint de syphilis héréditaire. Les ulcérations apparaissent au quatorzième jour, sept jours après le développement du vaccin. Wh. rapproche ce fait des autres ulcérations que peut

produire chez ces enfants la moindre lésion de la peau ou des muqueuses (impétigo, amygdalite). Quand ces ulcérations sont la première manifestation de la syphilis héréditaire on pourrait, sauf la durée de l'incubation, songer à un chancre inoculé. A.-F. PLICQUE.

Étude sur le pronostic de la syphilis d'après la solidarité de ses manifestations, par MAURIAC (*Arch. gén. de méd.*, *novembre et décembre* 1892).

Les degrés de gravité de la syphilis sont très variables. Parmi les éléments qui fixent la gravité de la maladie, la virulence est en première ligne. Les affinités de la virulence avec les éruptions papuleuses précoces et surtout avec les plaques muqueuses, sont assez solidement établies pour qu'on puisse affirmer que, plus un sujet sera exposé à ces manifestations plus sa syphilis sera grave.

Il faut reconnaître qu'il existe une certaine concordance entre l'accident initial et les accidents consécutifs survenant à brève échéance. Ainsi les chancres erythémateux superficiels annoncent que les manifestations cutanées et muqueuses seront superficielles et résolutives, alors que les chancres spontanément ulcéreux annoncent des manifestations secondaires graves, à tendance ulcéreuse. Au contraire, l'induration du chancre est peu importante au point de vue de pronostic. Il en est de même de l'adénopathie.

Parmi les solidarités des manifestations syphilitiques l'auteur signale la solidarité du chancre avec la roséole, de la roséole avec les plaques muqueuses et les croûtes dans les cheveux, des glossopathies avec les affections de la paume de la main et de la plante des pieds, de l'iritis avec les papulodermies.

La solidarité des manifestations de la syphilis tertiaire sont vagues et hypothétiques. Le tertiarisme s'observe environ de 8 à 12 fois sur 100 syphilis. Dans certains cas rares, il peut émaner directement de la syphilis primitive.

Les manifestations les plus fréquentes de tertiarisme sont, avant tout, les néoplasies gommeuses dermiques et hypodermiques,

Parmi les déterminations viscérales, la syphilose des centres nerveux occupe la première place. RICHARDIÈRE.

Chancres syphilitiques de la main et des doigts, par A. FOURNIER (*Semaine méd.*, 1er *mars* 1893).

Le chancre de la main est rare : sur une statistique de six mille cas, F. n'en compte que quarante-neuf. C'est d'après l'étude de ses observations personnelles et d'une centaine de cas publiés par d'autres auteurs qu'il établit la fréquence de ces cas sur l'homme (42 hommes, 7 femmes) et à l'âge adulte. La contamination se fait fréquemment chez les médecins (30 cas) sages-femmes, par une exploration avec une plaie sur le doigt ; elle peut se faire par morsure (10 cas.)

Sur un total de 86 cas où le siège est précisé, on compte 73 cas sur les doigts (index 19, médius 16, pouce 14, annulaire 4), 12 fois sur le métacarpe, 1 fois sur le poignet.

On peut distinguer deux variétés bénigne, superficielle, érosive et une forme plus grave, ulcéreuse ; parmi ces derniers, on observe des chan-

cres véritablemeut hypertrophiques, d'autres simulent le panaris, d'autres enfin sont fongueux.

F. après avoir décrit les symptômes, les complications, le siège de l'adénite insiste sur la gravité toute particulière des syphilis succédant à une contamination de ce genre. Il a observé 14 fois des accidents sérieux sur les 49 cas qu'il a pu suivre. A. CARTAZ.

De la localisation de la syphilis dans le cercle ciliaire choroïdien, par GALEZOWSKI (*Soc. franç. de derm. et de syph.*, 16 *février* 1893).

En raison de sa vascularité, la région de l'ora serrata de la choroïde et du cercle ciliaire doit être une des premières atteintes dans la syphilis. Cette hypothèse se vérifie en clinique et l'auteur conclut de ses recherches : 1° toutes les fois qu'une iritis syphiltique est accompagnée d'une kératite ponctuée on trouve des plaques de choroïdite atrophique dans l'ora serrata; 2° dans la kératite interstitielle hérédo-syphilitique on trouve dans l'ora serrata des plaques disséminées qui restent le plus souvent limitées à la région ciliaire ; 3° les choroïdites syphilitiques diffuses avec troubles et flocons du corps vitré présentent toujours des choroïdites atrophiques de l'ora serrata, et les flocons sont dus à cette dernière lésion ; 4° dans les atrophies des papilles ataxiques chez les syphilitiques tabétiques on trouve presque constamment des plaques de choroïdite atrophique et pigmentaire dans la même région ; 5° Il en est de même dans les névrites syphilitiques cérébrales ou cérébro-spinales.

P. MERMET.

Diagnostic des paralysies syphilitiques des nerfs moteurs de l'œil à l'aide du diplomètre et traitement, par GALEZOWSKI (*Soc. franç. de derm. et de syph.*, 8 *avril* 1893).

Le diagnostic des paralysies oculaires à leur début est de la plus haute importance ; dans ce but l'auteur emploie avantageusement un diplomètre spécial qui lui permet de définir les plus faibles degrés des paralysies et de surveiller les évolutions. Le traitement des ophtalmoplégies par les frictions mercurielles constitue le traitement de choix et réussit là où toutes les autres méthodes de traitement, l'iodure entre autres, n'ont donné aucun résultat. P. MERMET.

Ein Fall von typischer Tabes dorsalis und centraler Gliose bei einem Syphilitischen, par M. NONNE (*Archiv für Psychiatrie, XXIV*, 2, *p.* 526).

Le sujet de l'observation de Nonne avait contracté la syphilis en 1870. Il avait présenté les premiers symptômes du tabes dorsalis en 1872. La maladie avait progressé lentement, malgré deux cures par les frictions mercurielles (1877 et 1878).

En 1887, le malade présentait un ensemble de signes et de symptômes qui ne laissaient place à aucun doute sur la nature de sa maladie (tabes dorsalis) : Démarche ataxique, phénomène de Romberg ; myosis, signe d'Argyll-Robertson ; atrophie des nerfs optiques, abolition du phénomène du genou ; hypalgésie aux membres inférieurs, signe de Remak ; parésie vésicale, frigidité. En outre, atrophie et parésie des muscles innerves par le cubital.

Au mois de septembre 1891, le malade a été pris d'une paralysie motrice complète des membres supérieurs qui a persisté jusqu'à sa mort (10 octobre 1891). En outre dans les derniers jours de sa vie, le malade a eu des atta-

ques apoplectiformes une longue perte de connaissance, de la parésie du facial gauche et de l'aphasie amnésique.

L'examen hystologique de la moelle a révélé l'existence de trois ordres de lésions, à savoir : d'une dégénérescence très prononcée des cordons postérieurs, qui s'étendait depuis la partie supérieure du segment cervical jusqu'à la partie inférieure du segment lombaire et qui réalisait la distribution qu'on lui trouve dans les cas de tabes dorsalis ; en second lieu une tumeur gliomateuse centrale, pauvre en éléments cellulaires et qui diminuait d'épaisseur, de haut en bas ; les connexions de cette tumeur avec la dégénérescence des cordons postérieurs étaient évidentes ; en troisième lieu des altérations des artères basilaires (les seules qui aient été examinées) identiques aux altérations syphilitiques, telles qu'elles ont été décrites par Heubner.

Il s'agit donc d'un cas ayant évolué sous les traits du tabes classique et où à l'autopsie on a trouvé indépendamment d'une lésion des cordons postérieurs des lésions manifestement syphilitiques. E. RIEKLIN.

Uber die histologischen Veränderungen der syphilitischen Alopecie... (Sur les altérations histologiques de l'alopécie syphilitique et leurs rapports avec celles de l'alopécie en aires), par S. GIOVANNINI (*Monats. f. prakt. Dermatol.*, *XVI*, 4),

Dans l'alopécie syphilitique secondaire qui survient sans altération de la peau appréciable au clinicien, l'histologie démontre l'existence d'un processus inflammatoire qui occupe plus particulièrement la partie inférieure des follicules pileux ; il s'agit donc d'une folliculite pilaire profonde. Cette inflammation a pour conséquences des altérations régressives des cheveux, lesquelles en entraînent la chute.

Au point de vue histologique, cette folliculite pilaire de l'alopécie syphilitique offre les plus grandes analogies avec celle que l'auteur a décrite dans l'alopécie en aire ; il en est de même des altérations secondaires des cheveux.

Ces faits jettent la lumière sur la cause de cette alopécie. Ils conduisent à admettre que l'alopécie en aire est due, comme celle de la syphilis, à la présence, dans la circulation sanguine (?), d'un agent pathogène. H. HALLOPEAU.

Essai sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis, par CHANSON (*Thèse de Paris*, 1893).

Ce travail établit que les statistiques actuellement publiées sont insuffisantes pour prouver que tous les paralytiques généraux sont d'anciens syphilitiques. Les pseudo paralysies générales étant mises de côté, ni les symptômes, ni la marche de la maladie, ni les résultats du traitement ne peuvent nous faire distinguer un paralytique général syphilitique d'un autre non syphilitique. Les recherches anatomo-pathologiques ne sont pas non plus assez avancées pour donner le critérium désiré. Seule la théorie de l'hérédité neuro-pathologique explique tous les faits et n'est en contradiction formelle avec aucun : en attendant une consécration anatomique définitive, elle doit être considérée comme la loi qui préside à l'éclosion de la paralysie générale, syphilitique ou non, comme elle préside d'ailleurs à la genèse des autres maladies du système nerveux. F. BALZER.

Mal de Bright syphilitique précoce, par HUDELO (*Soc. franç. de derm. et de syph.*, 9 *mars* 1893).

Il s'agit d'un homme, qui au cours d'une syphilis secondaire, quatre mois seulement après le chancre, présenta des signes évidents d'un mal de Bright à marche rapide, compliqué d'accidents d'apoplexie pulmonaire à foyers multiples, avec épanchement pleural et péricardique, accidents qui ont vraisemblablement précipité le dénouement fatal. L'autopsie, outre des altérations de myocardite, avec thrombose et végétations globuleuses dans le cœur droit, péricardite, embolies pulmonaires et pleurésie relevant d'infections secondaires, montra des altérations rénales un peu différentes des lésions habituelles, c'est-à-dire du gros rein blanc ; il s'agissait ici d'une néphrite diffuse, subaiguë, autant interstitielle qu'épithéliale, avec tendance même sur certains points à la rétraction de l'organe. P. MERMET.

Traitement hypodermique de la syphilis par les sels mercuriels et par le sozoiodolate de mercure en particulier, par EUDLITZ (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur se déclare partisan du traitement de la syphilis par les injections mercurielles et fait remarquer très justement que les cas de mort par intoxication mercurielle observés à la suite d'injections ont toujours été dus à des lapsus médicaux. Eudlitz a employé dans le service de Fournier le sozoiodolate de mercure suivant la formule de Schwimmer : Sozoiodolate de Hg,0,80 ; KI,1 gramme 60 ; eau distillée, 10 grammes. Il injectait 0,06 centigrammes de sozoiodolate par semaine. Les douleurs ont été le plus sérieux inconvénient de ces injections qui n'ont pas d'ailleurs été l'occasion d'accidents notables. Ces injections sont très actives et les résultats obtenus ont été parfois extraordinaires. L'auteur croit qu'il vaut mieux commencer le traitement par des doses de 0,04 centigrammes, atteindre ensuite 0,06 centigrammes, ou même 0,08 centigrammes mais cette dernière dose chez l'homme seulement. L'auteur a annexé à son travail une bibliographie très complète de la question du traitement hypodermique de la syphilis. F. BALZER

L'huile grise dans le traitement de la syphilis, par THÉRAULT (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur donne les résultats obtenus par ce traitement dans le service de Le Pileur. C'est la formule de Vigier qui est employée. Cette huile grise contient 4 0/0 de mercure. Les injections sont faites chacune à la dose de 0,07 centigrammes de mercure. Il n'y a jamais eu d'abcès. Le résultat le plus remarquable de ce traitement a été de diminuer la fréquence des retours des prostituées à Saint-Lazare. Par les anciennes méthodes ces retours étaient de 40 0/0 par an. Depuis le traitement par les injections d'huile grise, ces retours ont été de 20 0/0 seulement. Aussi l'auteur considère la méthode des injections comme étant le traitement de choix dans les hôpitaux civils et militaires et les dispensaires. F. BALZER.

Sur les flanelles mercurielles, par VIGIER (*Ann. de derm. et de syph., p.* 1338, *décembre* 1892).

On sait que dans les frictions mercurielles l'absorption par la peau est à peu près nulle, et que celle-ci se fait uniquement par la voie pulmo-

naire grâce aux vapeurs mercurielles qui y pénètrent. C'est là le principe des flanelles mercurielles, introduites dans le traitement de la syphilis par Merget.

La préparation de ces flanelles est simple; on plonge une laine épaisse dans une solution de protoxyde de mercure, on passe après essorage dans une solution ammoniacale; il se produit du mercure soluble d'Hahneman, qui, après dessication, fait intimement corps avec le tissu. Pour en faire usage, on place l'une de ces flanelles enfermée dans un sac de coutil sur le traversin du lit, ou bien l'on suspend l'un de ces sacs au cou pendant la nuit, de façon que la flanelle soit près des narines, et que toutes les vapeurs nouvelles soient absorbées. Le point délicat de la méthode est le dosage du mercure évaporé par une de ces flanelles; l'auteur conclut de ses recherches qu'à 20°, et pendant les huit heures d'une nuit ordinaire de durée, un décimètre carré évapore $15^{mmg},60$ de mercure. De ce chiffre on pourra déduire facilement les dimensions à donner aux tissus mercurisés pour les besoins thérapeutiques. P. MERMET.

Microbes spécifiques du chancre mou, par KREFTING (*Archiv f. Derm. und Syph., fasc. suppl. n° 2, p. 41, 1892*).

Dans les pustules d'inoculation l'auteur trouve des bacilles à extrémités arrondies, libres ou en chaînettes, fréquemment étranglés à leur milieu. Ils sont inclus dans les cellules ou libres entre elles. Le bleu de méthyle additionné de borax les colore facilement. Leur centre est rétréci et un peu moins coloré. Ils peuvent se retrouver dans les bubons virulents, mais non dans les autres. Tous les essais de culture ont échoué, mais on peut, au moyen des pustules d'inoculation, obtenir le bacille à l'état de pureté sans microbes étrangers, ainsi que l'a montré Ducrey. On peut aussi voir ces bacilles en grand nombre sur les coupes de chancres excisés. Ils s'amassent surtout dans les espaces lymphatiques. F. BALZER.

I. — Die Urogenitalblennorrhœe der kleinen Mädchen (Blennorrée des petites filles), par CAHEN-BRACH (*Jahrb. f. Kinderh., XXXIV, p. 308, et Deutsche med. Woch., n° 32, p. 724, 1892*).

II. — Vulvo-vaginite chez les enfants, par Edward MARTIN (*Journ. of cut. and genito-urin. dis., novembre 1892*).

I. — Examinant vingt et une fillettes de deux à dix ans atteintes de vulvo-vaginite, l'auteur a trouvé vingt fois le gonocoque de Neisser. Sept seulement de ces enfants avaient été violées, et trois avaient été contaminées à l'hôpital. Les autres partageaient le lit d'une mère atteinte d'écoulement blanc ou appartenaient à une famille dans laquelle existait la blennorragie génitale ou ophtalmique. La contamination indirecte de la blennorragie est donc fréquente chez les petites filles.

La maladie se propage très rapidement au canal de l'urètre; dans un cas l'auteur a observé de la cystite.

Malgré la dénomination consacrée, la vulve et le vagin sont fort peu atteints; dans aucun cas l'auteur n'a observé de propagation à la cavité utérine, aux trompes et au péritoine.

Il y a donc plutôt urétrite que vulvo-vaginite. C'est ce qui peut ex-

pliquer pourquoi les topiques usuels ont si peu d'efficacité, tandis que les balsamiques administrés à l'intérieur réussissent. A.-F. PLICQUE.

II. — La vulvo-vaginite des enfants peut être gonorréique ou de nature irritative. Les enfants chétifs, scrofuleux, malpropres, y sont surtout exposés. La forme gonorréique est rarement causée par des tentatives criminelles, mais plutôt par le transport accidentel du pus gonorréique sur les parties génitales. Elle atteint la vulve, l'urètre, le vagin, l'utérus; elle a de la tendance à devenir chronique. Elle peut se compliquer d'ophtalmie blennorragique et de rhumatisme blennorragique. Le diagnostic est établi par la constatation des gonocoques, mais il ne faut pas oublier que d'autres organismes très analogues peuvent se rencontrer dans l'écoulement de la vulvite. Les irrigations chaudes suivies de grands lavages au sublimé à 1 pour 10000 ou de nitrate d'argent à 1 pour 6000, et de pansements secs à l'oxyde de zinc guérissent la vulvo-vaginite en trois ou six semaines. Les formes irritatives causées par la malpropreté, par les oxyures, cèdent facilement aux lavages astringents; dans ces cas, l'urètre n'est pas atteint, et le vagin peut aussi être épargné. F. BALZER.

Ueber Herzkrankheiten bei Gonorrhoe, par Wilh. HIS (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 40, *p.* 993, 3 *octobre* 1892).

1er Cas. Homme de 19 ans, dont le père est atteint d'angine de poitrine par artériosclérose. Au milieu de février 1892, blennorragie, guérison au bout de 3 semaines par injections de sublimé. Le 23 mars, courte syncope. Le 26, refroidissement, suivi de frissons; réapparition de l'écoulement urétral. Le 29, éruption généralisée de taches rouges disparaissant à la pression. Etat le 6 avril : 40°,5 le matin, le corps entier, à l'exception de la plante des pieds, de la paume des mains et du cuir chevelu, est recouvert de taches rouges variant des dimensions d'une tête d'épingle à un pois; quelques-unes sont nettement hémorragiques. Douleurs de gorge et dysphagie, 38 inspirations par minute. Augmentation considérable de la matité cardiaque. Souffle systolique perceptible à la pointe, mais ayant son maximum au niveau de l'aorte, 104 pulsations régulières. Urines normales. Rien du côté des organes sexuels. 3 jours plus tard, surdité croissante sans rien de visible dans l'oreille; polyurie. La fièvre persiste, intense. Somnolence. Herpès labial, L'avant-veille de la mort, nouvelle éruption hémorragique sur les paupières, le tronc et les membres; œdème malléolaire. Mort subite le 24 avril par arrêt du cœur. Examen négatif du sang, pendant la vie. A l'autopsie, œdème pulmonaire; ecchymoses sous-pleurales, sous-péricardiques, sous-endocardiques et sous-péritonéales. Endocardite ulcéreuse des valvules aortiques. Thrombus ramolli, puriforme à la pointe du cœur. Œdème et tuméfaction trouble des reins dont le gauche renferme des infarctus anémiques. Rate contenant des infarctus de dates diverses, foie un peu graisseux avec fines hémorragies. Nombreux thrombus veineux anciens dans le plexus pubien. Fines hémorragies dans les testicules. La valvule malade présente de nombreux microbes offrant les caractères des gonocoques. Pas de microrganismes dans les infarctus viscéraux, non plus que dans le foie, la prostate, le testicule et la rate. Myocardite interstitielle. Hémorragies multiples dans le bulbe et le cervelet.

2e Cas. Homme de 19 ans, sans antécédents morbides. Au milieu de mars 1879, blennorragie qui dura 6 semaines. Le 18 mars, arthrites d'abord cubitale puis tibio-tarsienne, avec 2 frissons quotidiens accompagnés d'élancements dans les membres.

Etat le 27 juillet : Anémie profonde. Le cœur bat visiblement dans la région de la pointe et à droite du sternum ; frémissement vibratoire plus marqué au voisinage du sternum. Retard du pouls périphérique. Souffle systolique à la pointe avec obscurité du premier bruit cardiaque. Au niveau du sternum, souffle bref remplaçant le second bruit. A la base, souffle systolique avec intégrité du deuxième bruit. Traces d'albumine dans l'urine qui contient beaucoup de globules blancs et quelques rouges. Maximum de température 41,1. Vers le milieu d'août, abcès profond dans la cuisse droite. Le souffle systolique s'entend à 10 centimètres de distance. Pulsations visibles des petites artères ; pouls unguéal. Mort le 30 au milieu de cyanose et de dyspnée par œdème pulmonaire.

Autopsie : Endocardite ulcéreuse aortique. Anévrisme circonscrit, partiel, de l'origine de l'aorte avec excroissances verruqueuses. Hypertrophie excentrique du ventricule gauche. Infarctus récents dans la rate qui est triplée de volume. Néphrite parenchymateuse. Foie graisseux. Hydrothorax, hydropéricarde. Leyden a rapporté (*Zeitschr. f. klin. Med. IV*) un fait analogue.

La première monographie sur les affections cardiaques liées à la blennorragie est la thèse de Morel (*R. S. M., XIII*, 657). Depuis lors, ont publié des cas d'endocardites blennorragiques, Dérignac (*Gaz. méd. Paris* 1884), von der Velden (*Münchener méd. Woch.* 1887), Glucinski (*Przeglad Lekarski* 1889).

Hiss relate en terminant l'observation d'un jeune homme ayant une insuffisance mitrale, d'origine rhumatismale. A la suite d'une chaudepisse, l'affection valvulaire, jusque là à peu près latente, s'est révélée brusquement sous forme d'endo-myocardite avec embolie cérébrale, qui toutefois s'est améliorée ultérieurement (*R. S. M.*, V, 630 et XI, 618). J. B.

Diagnostic et traitement de l'urétrite blennorragique, par JANET (*Ann. des mal. org. gén.-urin., avril* 1892).

Pour la connaissance exacte des sécrétions urétrales, de l'état de la muqueuse, et, par suite, pour un traitement rationnel, l'usage du microscope d'après Janet, est indispensable.

Il existe dans l'urétrite blennorragique : 1° une phase gonococcique justiciable des grands lavages au permanganate de potasse de $\frac{1}{4.000}$ à $\frac{1}{1.000}$, quel que soit le degré d'acuité de l'affection ; 2° une phase aseptique, correspondant aux lésions anatomiques et trophiques qui subsistent. Si les urines sont troubles, on doit faire de grands lavages au nitrate d'argent à doses faibles ; si les urines sont claires mais contiennent des filaments, instillations.

En cas de rétrécissement ou d'infiltration embryonnaire sous-muqueuse, dilatation très large ; manœuvres endoscopiques en cas de lésions localisées. Faire suivre le traitement local d'un traitement général et hygiénique.

Pendant la phase des infections secondaires précoces ou tardives, grands lavages de sublimé à $\frac{1}{20.000}$ et lavages du méat, surtout après les coïts, avec la solution à $\frac{1}{3.000}$ pendant plusieurs mois.

La guérison n'est assurée qu'en l'absence de toute lésion anatomique,

urétrale ou congénitale, de sécrétion purulente et de microbes nocifs de l'urètre. R. JAMIN.

Beiträge zur pathologischen Anatomie der Blennorrhoe der männlichen Sexualorgane, par FINGER (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *XXV*, 1).

Ce travail est basé sur les autopsies de 11 sujets ayant présenté de l'urétrite chronique postérieure. La lésion est une inflammation chronique du tissu conjonctif sous-épithélial, passant par une première phase d'infiltration et de néoplasie conjonctive, puis par une seconde phase d'organisation avec sclérose cicatricielle. La localisation principale de cette inflammation se fait dans la couche superficielle sous-épithéliale, mais le processus gagne aussi les glandes de l'urètre, l'utricule prostatique, le prostate et les canaux éjaculateurs. Les épitheliums de ces organes sont en prolifération et en desquamation catarrhale ou même nécrosés en certains points. Le tissu conjonctif interstitiel est infiltré autour des glandes et des acini : cette prolifération conjonctive s'accompagne plus tard de déformations des canaux et des acini glandulaires, au moment de la rétraction cicatricielle. A une période avancée l'épithélium cylindrique de l'urètre postérieur se modifie et se transforme en épithélium plat et on constate la destruction des lacunes et des glandes superficielles, et même l'oblitération de l'orifice de l'utricule et des canaux éjaculateurs. F. BALZER.

Recherches bactériologiques et chimiques sur la pathogénie de l'orchite blennorragique et de certaines orchites infectieuses, par ERAUD et HUGOUNENQ (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 6 *avril* 1893).

L'orchi-épididymite blennorragique ne doit point être considérée comme une complication de l'urétrite blennorragique. Elle est soumise, d'après les auteurs, à deux facteurs indispensables, à savoir : 1° la présence constante d'un microbe spécial pathogène, l'orchiocoque, microbe vivant en saprophyte dans l'urètre, qu'on peut isoler dans le liquide des vaginalites blennorragiques, se différenciant du gonocoque par ses dimensions un peu supérieures (1 μ), par des cultures positives sur agar, et donnant lieu par inoculation au chien à une orchite typique ; 2° une infection générale comme celle que crée la blennorragie, infection se traduisant par une déviation lévogyre intense des urines examinées au polarimètre, et par une sécrétion plus ou moins considérable de substance albuminoïde (albumose, peptone). Certaines orchites infectieuses, l'orchite ourlienne entre autres, paraissent dues à un diplocoque qui offre de grandes analogies avec l'orchiocoque ; mais c'est là un fait qui demande des recherches complémentaires. P. MERMET.

Rhumatisme blennorragique et son traitement par l'arthrotomie, par CHRISTEN (*Thèse de Paris*, 1893).

L'arthrite blennorragique est justiciable de l'arthrotomie comme toute autre arthrite infectieuse, et plus l'opération est précoce, plus les résultats sont satisfaisants. Il faut la faire dès que le diagnostic d'arthralgie aura été définitivement écarté. L'asepsie opératoire doit être minutieuse ;

l'articulation doit être lavée avec une solution antiseptique (d'abord solution de sublimé au 1/2000 puis eau bouillie, ou bien eau phéniquée forte, ou bien écouvillonnage avec des tampons imbibés de chlorure de zinc au 1/20). Le nombre d'articulations atteintes n'est pas une contre-indication. Le massage et la mobilisation devront être commencés dès la réunion complète de la plaie opératoire. F. BALZER.

De la valeur du traitement abortif des bubons par la méthode de Welander, par BROUSSE et BOTHEZAT (*Ann. de derm. et de syph.*, *p.* 347, *avril* 1893).

On connaît la méthode d'abortion des bubons préconisée par Welander; elle consiste à injecter dans le bubon commençant une solution de benzoate de mercure à 3 0/0. Malheureusement cette méthode n'a pas la valeur que lui ont attribuée Welander et Lœtnik, de plus, cette méthode n'est pas absolument inoffensive, les réactions qu'elle provoque sont souvent considérables et on peut se demander si dans certaines conditions elles ne pourraient pas être dangereuses. P. MERMET.

Ueber die Behandlung der Gonorrhœ mit Ichthyol, par JADASSOHN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 38, *p.* 850, 1892).

L'ichthyol en solution aqueuse à 1 0/0 ne détermine qu'une légère cuisson dans l'urètre antérieur de l'homme; jusqu'à 5 0/0 la solution est bien supportée. Dans l'urètre postérieur on peut aller jusqu'à 10 0/0: de même dans l'urètre et dans le canal cervical de la femme.

La solution d'ichthyol à 1 0/0 fait disparaître les gonocoques plus rapidement que les autres remèdes: résorcine, permanganate de potasse, sublimé, etc. On ne peut affirmer que le résultat soit d'emblée définitif dans tous les cas, mais il l'est souvent même lorsqu'on cesse rapidement la cure.

L'auteur a constaté que parfois cependant le gonocoque résiste absolument à l'ichthyol.

Sous l'influence du médicament, la sécrétion purulente se transforme en sérosité limpide; puis on trouve dans le liquide un grand nombre de cellules épithéliales: cette desquamation est très favorable au point de vue des résultats thérapeutiques.

L'auteur ne connaît qu'un seul médicament comparable à l'ichthyol, c'est le nitrate d'argent. L. GALLIARD.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Guide pratique des maladies mentales, par P. SOLLIER (1 *vol. in*-18, *Paris*, 1893).

Le guide des maladies mentales de Sollier est conçu sur un plan différent de celui des manuels et des traités de médecine mentale parus

jusqu'à ce jour. On n'y trouve ni les classifications des divers auteurs, ni les questions d'étiologie, de pathogénie et d'anatomie pathologique, généralement dénuées d'intérêt pour le praticien. En revanche, il justifie son titre et envisage spécialement la pratique des maladies mentales. L'examen extérieur et somatique de l'aliéné fait l'objet d'un article spécial, puis vient l'examen psychologique. Dans ce dernier, le mutisme et les troubles de la parole jouent un rôle des plus importants. Quant aux hallucinations et aux illusions, on les retrouve dans un grand nombre de formes mentales et elles ont une importance capitale. Les états de stupeur où la dépression est extrême, la démence et les amnésies donnent lieu à des études également développées, de même que les états d'excitation et d'agitation. Les différents symptômes qui les caractérisent sont passés en revue : idées de suicide, refus d'aliments... D'autres symptômes, au contraire, se rattachent moins directement à des états de dépression ou d'excitation, à savoir : les obsessions, les impulsions, les fugues, les vols aux étalages, l'homicide. Sur les frontières de la folie apparaissent la folie morale et la folie raisonnante. La paralysie générale, en raison de sa fréquence, a été l'objet de développements particuliers. Enfin, si le pronostic est variable, le traitement consiste surtout dans l'isolement et dans le traitement psychologique. Sollier termine en indiquant les mesures légales à prendre vis-à-vis des aliénés. DESCOURTIS.

I. — La lutte contre l'alcoolisme, par T. BELVAL.

II. — Circulaire ministérielle belge du 3 avril 1892 relative à la formation de Sociétés scolaires de tempérance.

(*Mouvement hygiénique, VII*, 169 *et* 194, *mai* 1892).

I. — En 1838, il existait en Belgique 48,319 débits de boissons alcooliques, soit 1 pour 82,7 habitants ; en 1840, 44,955, soit 1 pour 90,6 ; en 1850, 53,097, soit 1 pour 83,3 ; en 1860, 74,940, soit 1 pour 63,1, en 1870, 100,763, soit 1 pour 50,5 ; en 1889, 185,036, soit 1 pour 32,9 ; alors est promulguée une loi instituant un droit de licence pour les nouveaux débits, et, en 1892, le nombre des débits s'abaisse à 155,141, soit 1 pour 39,1.

II. — En Angleterre, on compte 17,449 sociétés scolaires de tempérance comprenant 2,112,079 jeunes adhérents. En Belgique, le mérite d'avoir introduit cette institution revient à Robyns, inspecteur principal de l'enseignement primaire. En 5 ans, des 237 écoles communales ou adoptées de la province de Limbourg, 209 ont constitué des sociétés de tempérance avec 5,000 adhérents.

La circulaire ministérielle recommande à l'attention et à l'imitation des autres provinces, l'exemple donné par le Limbourg. Elle demande aux instituteurs et institutrices de montrer fréquemment dans leurs leçons les dangers de l'abus des boissons alcooliques et d'organiser dans chaque école de garçons et école mixte une société de tempérance dans laquelle seront reçus les écoliers, âgés de 11 ans au moins, qui s'engageront d'honneur, mais librement, à s'abstenir jusqu'à l'âge de 20 ans, de genièvre et d'autres liqueurs fortes, et à ne faire qu'un usage modéré de bière ou de vin. J. B.

The toxic origin of insanity, par Theo H. KELLOG (*Journ. of nervous and ment. dis., p.* 742, *octobre* 1892).

L'auteur propose la classification suivante :

1° Aliénation due à des poisons minéraux et à certains médicaments (plomb, mercure, arsenic, chloral, bromure de potassium, iodoforme, paraldéhyde).

2° Aliénation due à des poisons végétaux (opium, belladone, cannabis indica, jusquiame, stramonium, tabac, cocaïne, conium, coca, astragalus Hornii, seigle ergoté).

3° Aliénation par gaz ou vapeurs nuisibles et toxiques (alcool, éther, chloroforme, oxyde de carbone, acide sulfureux).

4° Aliénation par fièvres éruptives : états diathésiques et autres maladies : fièvre typhoïde, petite vérole, scarlatine, fièvre intermittente, rhumatisme, goutte, diathèse urique, état puerpéral, grippe, cancer, syphilis, tuberculose.

5° Aliénation due aux auto-intoxications. PIERRE MARIE.

Les troubles du langage chez les aliénés, par SÉGLAS (*In*-16, *Paris*, 1892).

Les troubles du langage peuvent se diviser en trois catégories : troubles du langage parlé, troubles du langage écrit et troubles du langage mimique. Les troubles du langage parlé ou écrit peuvent eux-mêmes se diviser en trois grandes classes; dans la première, ils résultent de désordres intellectuels qu'ils ne font que traduire au dehors; mais alors la fonction langage reste très souvent intacte, ou bien, si elle vient à être atteinte, ses troubles sont intimement liés à ceux des autres opérations intellectuelles. Dans la deuxième, il s'agit de troubles intéressant principalement la fonction langage, et, dans la troisième, de troubles de la parole articulée ou de l'écriture. Les premiers portent le nom de dyslogies, les seconds de dysphasies et les derniers de dyslalies. Les dyslogies sont dues à des modifications de la rapidité de la forme, de la syntaxe et du contenu du langage. Les dysphasies sont organiques ou fonctionnelles, et, dans ce dernier cas, comprennent les amnésies verbales transitoires, les hallucinations verbales et les impulsions verbales. Quant aux dyslalies, elles sont dues à une éducation défectueuse de la parole, à des malformations congénitales ou accidentelles, à des maladies du système nerveux central ou périphérique, enfin à ce que Séglas appelle des laloneuroses spasmodiques, telles que l'aphthongie, et résultant de crampes dans le domaine de l'hypogiosse.

Le langage écrit comporte les mêmes divisions, et Séglas y passe en revue les troubles résultant de désordres intellectuels généraux, les dysgraphies proprement dites, organiques et fonctionnelles, entrant à l'occasion de celles-ci dans les développements particuliers sur l'écriture automatique, enfin les troubles de la formation des signes graphiques, par vice d'éducation, par malformation des membres, par maladies nerveuses et par grapho-névroses, telles que la crampe des écrivains. Quant aux troubles du langage mimique, ils sont indépendants des troubles intellectuels, en rapport avec eux. Séglas décrit la mimique à l'état statique, de repos et dynamique d'expression. DESCOURTIS.

Les troubles de la mémoire, par **P. SOLLIER** (*In*-16, *Paris*, 1892).

Dans ce travail médico-psychologique, Sollier étudie d'abord l'amnésie en général, son mécanisme et ses variétés; puis les diverses amnésies, progressives, à début brusque; enfin le rôle que peut jouer l'amnésie au cours de plusieurs entités morbides. L'amnésie est réellement la privation de la mémoire. Si l'on élimine l'amnésie congénitale, caractérisée par l'absence et non par la perte de la mémoire, on voit qu'elle provient soit de ce qu'on a perdu tout ou partie de ses souvenirs, soit de ce qu'on n'a plus la possibilité de fixer de nouvelles images. On doit donc englober sous la dénomination d'amnésies toutes les altérations diminutives, les désagrégations de la mémoire.

L'amnésie peut être organique, dans la paralysie, par exemple, lorsqu'il y a destruction des images; ou bien elle peut être fonctionnelle, dynamique, lorsqu'il y a oubli des images, comme dans le mutisme hystérique. C'est à ces dernières que Sollier réserve en clinique la dénomination d'amnésie. Il laisse ainsi de côté les dysmnésies, qui ne sont que des altérations diminutives de la mémoire, pour les étudier à part. D'ailleurs, l'amnésie peut porter sur les événements antérieurs à l'accident qui l'a provoquée, auquel cas on lui donne le nom d'amnésie rétrograde ou rétroactive, ou bien elle s'étend sur les faits consécutifs à l'accident, et devient l'amnésie antérograde. Enfin, on doit distinguer encore l'amnésie antérograde de reproduction et l'amnésie antérograde de conservation qui peuvent se montrer indépendamment l'une de l'autre. Mais la mémoire ne consiste pas seulement à conserver et à reproduire. Elle a encore pour caractère la localisation dans le temps et dans l'espace, et, lorsque la défectuosité porte sur ce caractère, elle mérite, d'après Sollier, la dénomination de paramnésie. Toutefois, on l'appelle paramnésie de localisation, pour la distinguer de la paramnésie qui procède du souvenir parfait et dont la condition fondamentale est la certitude. Or, cette certitude peut être altérée de deux façons, soit parce qu'on est certain d'un fait qui n'a pas eu lieu réellement, comme dans la fausse mémoire, soit parce qu'on n'est pas sûr d'un fait qui s'est réellement produit, comme dans les illusions de la mémoire. D'ailleurs, dans la perte de la mémoire en général, ou amnésie générale, il faut considérer qu'il n'y a pas qu'une amnésie, mais des amnésies, de même qu'il n'y a pas qu'une mémoire, mais des mémoires. Par suite, les amnésies constituent une altération purement quantitative, tandis que les paramnésies sont un trouble essentiellement qualitatif, et les dysmnésies sont à la fois les deux.

Sollier, dans son travail, après avoir exposé les généralités des troubles de la mémoire et leur historique, passe en revue le mécanisme de l'amnésie et des diverses amnésies, établit leur classification, et étudie les amnésies progressives ou dysmnésies, les amnésies à début brusque et enfin l'amnésie considérée comme phénomène accessoire ou explicatif. Chaque cas particulier est étudié aux divers points de vue de sa production, de son rôle symptomatique, de son diagnostic, de sa valeur séméiologique, tant au point de vue clinique pur qu'au point de vue médico-légal. DESCOURTIS.

Goitre exopthalmique et dégénérescence mentale, par RAYMOND et SÉRIEUX (*Revue de médecine*, 10 *décembre* 1892).

Les troubles psychiques de la maladie de Basedow ne font point partie intégrante de l'affection. Ils n'ont rien de spécifique et peuvent revêtir toutes les formes. Ils relèvent, en réalité, de l'association au goître de psychoses distinctes et autonomes. Un certain nombre d'entre eux a pu être rattachée à la neurasthénie, à l'hystérie, à l'épilepsie, à la manie, à la mélancolie, au délire hallucinatoire, au délire alcoolique, etc.

Un groupe important est étroitement lié à la dégénérescence mentale qui démontrent les antécédents héréditaires psychopathiques des malades, leur état mental antérieur (déséquilibration), leurs stigmates physiques et psychiques (obsessions et impulsions), enfin la forme de leurs accès délirants. L'association de la maladie de Basedow avec la dégénérescence mentale n'est pas une coïncidence; elle s'explique par les tares héréditaires dont relèvent les deux ordres de faits. C'est un exemple de la loi de coexistence simultanée des névroses et des psychoses, et de leur évolution parallèle et indépendante. La diathèse psychopathique peut se révéler par l'éclosion d'un délire, soit au cours du goître exophtalmique, soit bien antérieurement à son début, ou encore bien postérieurement à sa guérison, soit enfin successivement dans ces différentes conditions. Le choc moral qui provoque la maladie de Basedow peut réveiller simultanément les aptitudes délirantes du sujet. Dans certains cas, le goître exophtalmique lui-même agit, chez un prédisposé, pour faire éclore les troubles psychiques au même titre qu'une cause occasionnelle banale quelconque. Le goître exophtalmique est une névrose bulbo-protubérantielle constituée par l'exagération et la permanence des phénomènes physiologiques de l'émotion. C'est une anomalie psychique, l'émotivité qui est la base de la maladie. Celle-ci n'est souvent qu'un cas particulier des troubles fonctionnels qui, chez les dégénérés, frappent tel ou tel groupe des centres corticaux (psychiques, psycho-moteurs, sensitifs, sensoriels), bulbaires ou spinaux. Il s'agit, dans l'espèce, d'une véritable déséquilibration des centres vaso-moteurs, qui coexiste souvent avec des troubles analogues du côté des autres centres de l'axe cérébro-spinal.

C. GIRAUDEAU.

Des modifications observées dans l'état mental de certains aliénés atteints de choléra, par CAMUSET (*Ann. méd. psych.*, *novembre* 1892).

Chez les malades qui n'étaient pas délirants d'ordinaire, Camuset a observé que l'intelligence est restée telle qu'elle était à l'état normal. Quant à l'influence du choléra sur les différentes folies, elle a été analogue à celle des autres maladies aiguës graves intercurrentes, mais elle présente des particularités spéciales. Ainsi l'attaque cholérique, pendant ses périodes graves, fait disparaître temporairement tous les états maniaques, quelle que soit leur nature, quelle que soit leur ancienneté; mais, après la guérison, les états maniaques se rétablissent progressivement. Le choléra modifie aussi parfois, en les améliorant, les états mélancoliques, mais ce n'est pas une règle générale. Il a fait disparaître les délires vagues, non systématisés, peu profonds, des maniaques et

des mélancoliques; mais il n'a eu aucune action sur les délires systématisés, pas plus que sur les délires partiels ni sur le délire de persécution véritable. DESCOURTIS.

La confusion mentale, par E. CHARPENTIER (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 31 *août* 1892).

Sous le nom de confusion mentale, Charpentier décrit un trouble intellectuel caractérisé par une perturbation dans les idées avec persistance de la conscience. C'est un syndrome qui est fréquent au début, pendant le cours et dans la convalescence des maladies mentales. La conservation de la conscience, l'absence de délire, l'intégrité du contenu des idées, le chaos de ces idées dans leur présentation à la conscience, la fréquence de l'anxiété en constituent les principaux caractères. Cette confusion mentale peut être simple ou compliquée, physiologique ou pathologique. Elle se rencontre dans beaucoup de maladies autres que les maladies cérébrales : Charpentier l'a constatée notamment dans l'influenza. DESCOURTIS.

Ueber Seelenstörungen bei Chorea (Troubles psychiques dans la chorée), par MŒBIUS (*Münchener med. Woch.*, *n*os 51 *et* 52, *p.* 925 *et* 943, 1892).

Pour Möbius la chorée de Sydenham est une maladie infectieuse et il en donne comme preuves : l'éclosion de la maladie chez des individus parfaitement sains, sans tare héréditaire aucune, son évolution cyclique qui n'est pas celle d'une névrose, la possibilité de la mort et surtout la fréquence de l'endocardite. Étant une maladie infectieuse, elle peut, comme toutes les affections de ce genre, s'accompagner de troubles cérébraux. La psychose choréique est rare; elle consiste, comme tous les délires toxiques, en un état rêveur, qui se manifeste par de la confusion des idées, de la tendance aux illusions de plusieurs sens, des idées délirantes et de l'excitation. La chorée peut servir de cause occasionnelle aux formes les plus diverses de la folie, chez les dégénérés, et d'autre part il survient chez les jeunes dégénérés des états hystériques et maniaques, dans lesquels rentrent les mouvements choréiques.

C. LUZET.

De l'hérédité pathologique régressive en aliénation mentale. Sa valeur pronostique, par E. CHARPENTIER (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 4 *février* 1892).

L'hérédité pathologique est une notion incontestable dans les maladies mentales, mais elle a été exagérée par Morel et par ses successeurs. Morel a été trop loin en admettant un mode de dégénérescence par voie héréditaire, commençant aux troubles du caractère et à la névropathie chez les ascendants, passant par la folie ou les névroses graves chez les descendants, pour aboutir à l'idiotie ou à la stérilité dans la descendance ultime. Ce mode de dégénérescence existe, mais il n'est pas constant, il n'est pas fatal, et, selon Charpentier, celle-ci peut même rétrograder. Il appelle hérédité pathologique régressive, par opposition à l'hérédité pathologique progressive, celle qui consiste en ce que, dans la descendance, les traits pathologiques sont de moins en moins accentués, dessinés, esquissés au point de se terminer plus tard par le retour

à l'équilibre nerveux, physiologique normal. L'équilibre se trouverait être la terminaison de cette hérédité pathologique régressive, tout comme l'idiot est placé à la terminaison de l'hérédité pathologique progressive de Morel. Il est important de tenir compte de cette notion quand on est consulté sur le sort d'un enfant issu d'un fou. Un pronostic trop sombre pourra parfois être écarté. DESCOURTIS.

Mélancolie anxieuse avec délire des négations, par SÉGLAS et SOURDILLE (*Ann. méd. psych., mars* 1893).

Il s'agit d'une femme de 52 ans, héréditaire, atteinte de mélancolie sans délire, en septembre 1891, de délire mélancolique simple, en août 1892, et qui fit ensuite une tentative de suicide, et montra le délire type de négations, en octobre 1882. Elle présenta alors ce que Régis a proposé d'appeler le syndrôme Cotard, à savoir : l'anxiété, les idées de damnation, les idées de négation, les idées d'immortalité, la tendance au suicide. Enfin, elle devient gâteuse (janvier 1893) et montre du mutisme, par intervalles, et des idées d'opposition. DESCOURTIS.

I. — Le délire des négations, par TOULOUSE (*Gaz. des hôp.*, 16 *mars* 1893).

II. — Sur le délire des négations, par ARNAUD (*Ann. méd. psych., novembre* 1892).

I. — Le délire des négations est un syndrome qui demande pour évoluer certaines conditions psycho-physiologiques. C'est à tort qu'on a cherché à faire de ce délire une maladie spéciale, en tous points comparable au délire des persécutions. On ne peut nier cependant qu'il existe un délire des négations. Ce sont ordinairement des mélancoliques, qui présentent à un moment de leur psychopathie, une forme particulière de délire, qui les porte à nier les éléments de leur moi et du moi extérieur, et de forme envahissante et systématique, absorbe peu à peu leurs facultés intellectuelles, et suppose des troubles particuliers de la personnalité et de la perception mentale.

Si on analyse les faits, on s'aperçoit que les symptômes donnés comme pathognomoniques de ce délire des négations progressif se divisent en deux groupes : le premier contient des symptômes (anxiété, idées de damnation, propension au suicide, analgésie, délire d'énormité) qui font partie de la mélancolie anxieuse. Le second groupe (le délire des négations proprement dit) a seul une physionomie originale ; mais comme on le retrouve chez d'autres aliénés, notamment les persécutés, il ne peut être considéré que comme un épisode, un épiphénomène survenant chez divers aliénés. Le délire des négations apparaît plus fréquemment dans la mélancolie, parce qu'il trouve là plus souvent qu'ailleurs les conditions physio-psychologiques (lésions nutritives et esthétiques, altérations de la personnalité, troubles de la perception mentale), propres à son développement. Jusqu'à présent c'est lui qui a été le plus étudié ; et il faut avouer que, survenant chez certains anxieux, il imprime à la maladie primitive une allure nouvelle. Mais ces conditions de développement peuvent se retrouver ailleurs, par exemple chez les persécutés, et à l'état de non-systématisation, chez les paralytiques généraux, et alors il

apparaît empruntant à chacun de ces tempéraments psychiques des caractères différents.

II. — Le délire des négations systématisé, à évolution progressive, est plus fréquent chez la femme. Il ne se montre souvent qu'après cinquante-cinq et même soixante ans. Dans un assez grand nombre de cas, il apparaît après un ou plusieurs accès de mélancolie commune; cela est vrai surtout quand on l'observe chez des malades relativement jeunes. Dans les cas typiques, il ne se développe qu'après une période plus ou moins longue de mélancolie anxieuse. A ces divers points de vue, ce délire peut être considéré comme une psychose tardive, souvent liée aux vésanies d'accès ou intermittentes. Il a une signification grave, même lorsqu'il doit guérir, car, d'ordinaire, l'accès dure alors très longtemps. Dans les observations citées par Arnaud, les antécédents héréditaires étaient inconnus, mais il mentionne que, dans beaucoup de cas, on les a notés très chargés. DESCOURTIS.

Contribution à l'étude clinique des hallucinations génitales et des idées érotiques chez les persécutés, par HAMEL (*Thèse de Paris*, 1892).

Parmi les troubles sensoriels qui accompagnent les délires de persécution, beaucoup s'adressent à la sphère génitale. Dans ce cas, ils évoluent d'une façon progressive. On les voit se développer sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe prenant une forme érotique, de préoccupations de nature hypocondriaque attenant aux organes génitaux, de troubles de la sensibilité générale, de nature pénible se spécialisant sur le terrain génital. Ces troubles génitaux sont intimement liés à ceux de la sensibilité générale. Une fois formées, les hallucinations génitales peuvent agir sur les autres sphères sensorielles qui s'adaptent à elles et prennent la forme érotique. La phase de réaction est également caractérisée par des néologismes et un commencement d'altération de la personnalité attenant aux troubles génitaux. Les hallucinations génitales ne sont pas incompatibles avec les idées de grandeur. DESCOURTIS.

De l'onomatomanie, par CHARCOT et MAGNAN (*Arch. de neurol., juillet, septembre et novembre* 1892).

L'onomatomanie comprend un groupe de symptômes dans lequel le nom ou le mot joue un rôle prépondérant. Ces troubles psychiques s'observent habituellement chez des sujets très élevés dans l'échelle de dégénérescence mentale et constituent un des syndromes épisodiques de la folie héréditaire. Le rôle que peut jouer le mot dans les préoccupations des héréditaires crée différentes situations : 1° la recherche angoissante du nom ou du mot; 2° l'obsession du mot qui s'impose et l'impulsion irrésistible à le répéter; 3° la signification particulièrement funeste de certains mots prononcés dans le cours d'une conversation; 4° l'influence préservatrice de certains mots; 5° le mot devenu pour le patient un véritable corps solide indûment avalé, pesant sur l'estomac et pouvant être rejeté par des efforts d'expuition et de crachement. Dans tous ces cas, le malade a une entière conscience de son état, il regrette et déplore ces idées absurdes, mais il n'en reste pas moins l'esclave de ces bizarreries. Au point de vue médico-légal, l'onomatomanie permet de

mieux comprendre les autres syndromes épisodiques dans lesquels l'impulsion se traduit par un crime ou un délit, puisqu'on voit que l'obsession et l'impulsion peuvent n'avoir pour objet, malgré leur invincible irrésistibilité, que le mot, et souvent le mot le plus insignifiant. Un grand nombre d'observations servent à élucider cette question.

DESCOURTIS.

Is Kakatonia a special form of mental disorder ? par NOLAN (*Journ. of ment. sc., octobre* 1892).

Les différents symptômes qui constituent la catatonie ne se suivent pas toujours dans un ordre absolument fixe. Néanmoins ils peuvent être groupés en trois catégories ou phases, caractérisées par l'émotivité, les convulsions et la stupeur, qui alternent avec des périodes de mutisme et de loquacité. La dépression marquerait le début de la maladie, et se continuerait par de fausses interprétations sexuelles et religieuses, qui signaleraient l'entrée dans la phase émotive. Cette dépression survient toujours d'une manière insidieuse. Elle présente surtout des hallucinations.

A côté de ces désordres psychiques, on note des modifications de la circulation et des troubles trophiques. Puis il s'établit une raideur graduelle généralisée ou limitée à certains groupes musculaires, qui s'accroît généralement à l'approche de la phase convulsive, laquelle peut s'annoncer par une attaque ou par une série d'attaques hystériformes ou épileptiformes. Pendant ce temps les fausses interprétations se caractérisent mieux et offrent un singulier mélange du type sexuel, religieux et de persécution, sans toutefois amener une réaction émotive aussi intense qu'on pourrait le supposer. Le mal de tête, qu'on observe souvent alors, présente comme particularité de siéger à la nuque.

La phase émotive s'accompagne ordinairement de mouvements de violence que le malade exerce contre lui-même ou contre autrui, et qui nécessitent son placement dans un asile. En même temps, on note le délire religieux ou érotique. Cette excitation peut cependant être remplacée par une mélancolie passive, entrecoupée, parfois, de crises hystériformes ou épileptiformes. La façon spéciale dont s'expriment ces malades, l'accouplement de syllabes, de lettres et de mots sans signification entre eux, mais accompagnés de gestes déclamatoires, ont mérité le nom de verbigération.

La troisième phase, ou phase de stupeur, est la mieux marquée et celle qui manque le moins souvent. Elle présente comme caractère particulier de laisser persister chez le malade un sens critique très développé, et, bien que les troubles vasomoteurs soient la règle, de ne pas s'accompagner d'émaciation, la santé générale restant au contraire bonne. La flexibilité des muscles va souvent jusqu'à la catalepsie vraie, et l'on peut noter aussi des secousses musculaires et des crampes. DESCOURTIS.

Les folies du caractère et leurs rapports avec les asiles spéciaux, par CHARPENTIER (*Ann. méd. psych., janvier* 1893).

Sous le nom de folies du caractère, Charpentier a réuni les groupes d'aliénés appelés généralement fous raisonnants, fous moraux, aliénés

persécuteurs. L'association de ces trois formes de folies, avec prépondérance de l'une d'elles est fréquente. Chez ces malades, on note la subordination volontaire des facultés intellectuelles aux émotions de nature agréable, le discernement dans leurs actes, la disparition graduelle des bons sentiments, l'apparition graduelle de nouveaux vices de caractère et de nouveaux penchants mauvais, ou enfin la lente évolution de ces vices de caractère depuis l'enfance ; leur caractère ne change pas, il ne fait que s'accentuer dans son expression vicieuse. La conduite de ces malades dans l'asile les distingue nettement des autres fous, de même que leur conduite à l'état libre dans la société les distingue des gens sains d'esprit. On n'en voit guère mourir ni faire un séjour très prolongé dans les asiles. Ils jouent un rôle capital dans la question de séquestration arbitraire et leur absence de délire contraste avec leurs propos déraisonnables. Ces diverses particularités font une situation à part à ces malades dans leurs rapports avec les asiles spéciaux.

DESCOURTIS.

Les psychoses puerpérales, par G. BALLET (*La médecine moderne, p.* 661 *et* 677, 27 *octobre et* 3 *novembre* 1892).

Il n'y a pas une folie puerpérale, mais des folies puerpérales multiples. La grossesse, l'accouchement, la lactation peuvent, comme la menstruation, réveiller des prédispositions latentes, provoquer des accès de manie, de mélancolie ou d'impulsions se rattachant à la dégénérescence mentale ou à la simple hérédité vésanique.

Les toxémies et les infections de la grossesse et des suites de couches peuvent déterminer des troubles mentaux spéciaux, en réveillant une psychose banale ou en provoquant des désordres qui semblent se rattacher à un trouble profond de la nutrition. Les causes multiples de débilitation de la période de lactation peuvent, secondées ou non par la prédisposition, engendrer la confusion mentale hallucinatoire, ou démence aiguë des anciens auteurs.

GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale, par JDANOF (*Ann. méd. psych.*, *mars* 1893).

Les observations personnelles de Jdanof, au nombre de 34, ainsi que celles du service de Korsakof, au nombre de 15, et trois autres prises ailleurs, l'ont conduit à admettre que les psychoses se manifestant dans le cours de la période puerpérale ont des causes variées qui peuvent se diviser en deux groupes : causes qui prédisposent et causes qui produisent. En dehors des couches elles-mêmes, il classe dans la première catégorie : 1° l'hérédité qui s'est montrée dans les 56 0/0 des cas ; 2° l'influence compliquée de la première grossesse et des premières couches, puisque l'influence des premières couches est observée dans 45 0/0 des cas de psychose puerpérale, c'est-à-dire deux fois plus souvent que pour les femmes qui ont accouché plusieurs fois.

En ce qui concerne les causes déterminantes, l'infection doit être placée au premier rang, soit qu'elle vienne de la matrice, comme c'est le cas le plus fréquent, soit qu'elle vienne des reins ou même des intestins, etc. Jdanof a signalé cette infection dans 70 0/0 de ses observations. Après l'infection, la seconde place appartient, selon lui, aux émotions mentales

qui se sont rencontrées seules dans 26 0/0 des cas de psychose puerpérale. Pour prévenir l'apparition des psychoses chez les nouvelles accouchées il n'est donc pas moins important de leur éviter la préoccupation morale que d'écarter toute maladie septique capable d'en favoriser l'éclosion. DESCOURTIS.

De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales. De la folie hépatique, par KLIPPEL (*Arch. gén. de méd., août* 1892).

Les symptômes qui dénotent l'altération biologique de la cellule hépatique (urobilinurie, hypoazoturie, glycosurie, peptonurie, etc.), peuvent être observés dans un certain nombre de maladies mentales. L'urobilinurie, en particulier, est extrêmement fréquente au cours des maladies mentales les plus variées. Elle se rencontre habituellement dans la paralysie générale et dans l'alcoolisme chronique.

D'autre part, les lésions du foie sont très fréquentes dans la paralysie générale. L'auteur a trouvé en pareil cas : 1° les lésions du foie muscade ; 2° l'atrophie rouge ; 3° la dégénéresce graisseuse ; 4° la sclérose toujours diffuse et embryonnaire ; 5° le foie vaso-paralytique qui caractérise la détermination hépatique de la paralysie générale.

Dans l'alcoolisme chronique, les lésions du foie paraissent jouer un rôle assez important, dans la pathogénie du délire, pour qu'on soit autorisé à soupçonner et à rechercher une lésion du foie chez tout alcoolique qui délire à longue échéance après suppression de l'alcool.

L'auteur termine son travail par une observation de folie hépatique. Dans ce fait, la lésion du foie paraît avoir une telle importance que sans elle, l'affection mentale n'existerait pas. Ces cas de folie hépatique doivent être placés par analogie à côté de la folie rénale ou brightique et de certaines formes de mélancolie, reconnaissant pour point de départ une dyspepsie gastro-intestinale. RICHARDIÈRE.

Du tremblement essentiel héréditaire et de ses rapports avec la dégénérescence mentale, par E. HAMAIDE (*Thèse de Paris,* 1892).

Il existe un tremblement d'origine manifestement héréditaire qui mérite la dénomination d'essentiel parce qu'il s'observe indépendamment de tout autre symptôme propre à faire soupçonner l'existence d'une lésion du système nerveux, ou d'une intoxication quelconque ou de l'hytérie. Ce tremblement héréditaire est beaucoup plus fréquent qu'on ne pourrait le croire. Il se transmet dans la ligne paternelle aussi bien que dans la ligne maternelle, et n'atteint pas nécessairement tous les membres de la famille ; il se transmet sans atténuation. Il débute dans l'enfance et augmente avec l'âge ; il peut aussi débuter à un âge avancé. C'est un tremblement à oscillations rapides, nul ou presque nul au repos complet, dont les oscillations produites dans l'attitude du serment persistent sans s'exagérer dans les mouvements intentionnels. Il peut débuter par la tête et envahir ensuite les membres inférieurs. Il peut affecter les paupières, les lèvres, la langue. Ce tremblement doit prendre place dans la catégorie des tremblements névroses, à côté du tremblement sénile dont il peut reproduire la symptomatologie clinique et du tremblement hysté-

rique et ne paraît être qu'un des nombreux symptômes physiques de la dégénérescence mentale. DESCOURTIS.

Des causes de la paralysie générale, par NICOULAU (*Ann. méd. psych.*, *janvier* 1893).

Les malades sur lesquelles Nicoulau a fait porter ses recherches statistiques sont au nombre de 101, toutes pensionnaires de l'asile de Saint-Yon. Dans l'étiologie de la paralysie générale, Nicoulau a constitué deux groupes principaux, celui des causes prédisposantes et celui des causes occasionnelles, comprenant deux classes : causes physiques et causes morales. Les chiffres les plus saillants sont les suivants, sans exclure toutefois l'action de causes accessoires. Le groupe des héréditaires comprend 21 cas, celui des excès alcooliques 32, celui de la syphilis et des excès vénériens 14. Les causes morales, les privations dues à la misère et le nervosisme se sont montrées chez un grand nombre de ces malades. Le nombre des entrées, comme paralytiques générales, s'est notablement accru depuis dix ans. L'âge de ces malades variait de 24 à 58 ans. Il était en moyenne de 41 ans. On notait 67 femmes mariées, 40 célibataires et 21 veuves. 111 cas appartenaient à des malades de la ville et 17 à des malades de la campagne. Il faut, dans cette statistique, tenir compte du milieu où elle a été établie : l'alcoolisme y est fréquent, la vie des travailleurs y est généralement difficile et la débauche semble assez développée à Rouen, d'où venaient la plupart des malades.

DESCOURTIS.

Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale, par JOFFROY (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 6)

Il s'agit d'une femme de quarante ans dont la paralysie générale évoluait avec une atrophie musculaire de la main gauche.

A l'autopsie, on trouvait une atrophie de la corne antérieure de la substance grise de la moelle dans la région correspondante.

L'amyotrophie s'était donc développée suivant le mécanisme des atrophies musculaires d'origine spinale, à évolution subaiguë. Dans la corne grise, la lésion des cellules, leur atrophie, constituait le fait histologique dominant. Elle se montrait prédominante dans le renflement cervical à gauche, mais on en trouvait une ébauche à droite et même dans d'autres points. Dans l'écorce, les vaisseaux étaient peu atteints; les cellules, grandes et petites, montraient, au contraire, des altérations très importantes et, pour ainsi dire, presque isolées. Ces lésions, en s'ajoutant à celles observées dans la moelle, font bien voir qu'il y a là un processus cellulaire et parenchymateux primitif, étendu à tout l'axe nerveux central. GIRODE.

De la transfusion nerveuse chez les aliénés, par CULLERRE (*Gaz. méd. Paris*, 27 *août* 1892).

Cullerre a noté, sur quatorze aliénés traités par la transfusion nerveuse, huit bons résultats, quatre améliorations et deux échecs.

Bien tolérée chez les aliénés affaiblis, même tuberculeux, cette méthode réveille rapidement l'appétit, fait disparaître l'impotence musculaire et régularise les fonctions organiques.

Du côté de l'état psychopathique, il n'y a pas eu d'amélioration.

OZENNE.

Traitement chirurgical de l'épilepsie, par GERSTER et SACHS (*Am. j. of the med. sc.*, *p.* 503, *novembre* 1892).

Les auteurs rapportent 10 cas : 7 qui sont des cas d'épilepsie traumatique, 1 d'épilepsie *ab aure lœsâ*, 1 d'hémiplégie cérébrale infantile avec épilepsie et 1 d'épilepsie localisée non traumatique due à une affection cérébrale aiguë récente, cas de paralysie cérébrale infantile, sans paralysie mais avec épilepsie. Dans tous ces cas on ne peut relever une seule guérison complète. Il y a eu dans plusieurs une diminution notable des attaques immédiatement après l'opération, dans quelques-uns pendant plusieurs mois, mais dans tous elles reparaissaient. Le temps le plus long a été 9 mois.

Dans 6 des cas rapportés, on fit simplement l'ouverture du crâne et de la dure-mère sans excision cérébrale. Dans deux on fit cette dernière, mais cette excision de la substance corticale ou de la surface malade n'a pas donné de meilleurs résultats que l'ancienne méthode de simple trépanation.

Il semble démontré que, outre le foyer cérébral, origine de l'épilepsie localisée, cette épilepsie, après un certain temps, ne se manifeste que lorsqu'il y a altération de toute la masse cérébrale. C'est pendant le temps qui sépare le traumatisme de l'époque d'apparition de l'épilepsie que se sont faites les modifications qui amènent cette complication secondaire. De là le peu d'action que l'on exerce, en enlevant le seul foyer initial, sur la sclérose généralisée.

Peut-être pourrait-on obtenir un meilleur succès en supprimant hâtivement le foyer primitif de façon à prévenir l'altération scléreuse secondaire.

F. VERCHÈRE.

Traitement de l'épilepsie par l'hydrastinine, par V. KISELEFF (*Vratch.*, *n°* 20, 1892).

Expérimentalement, les injections intra-veineuses d'hydrastinine diminuent chez les animaux l'excitabilité de l'écorce cérébrale et empêchent les convulsions de l'intoxication absinthique. Par analogie, Kiseleff a employé ce médicament chez six épileptiques à des doses quotidiennes variant de 0,01 à 0,10 centigrammes. Sur quatre des malades, il y eut manifestement diminution des crises, les deux autres ne furent pas améliorés.

H. R.

A case of myxœdema in the adult following bronchocele in the child, par ABBOT-ANDERSON (*Journ. of laryng.*, *février* 1893).

Femme de 32 ans, mariée, deux enfants bien portants. A eu dans l'enfance un goitre traité par la teinture d'iode; on n'en trouve aucune trace actuellement. Depuis quatre ans, la santé générale s'est altérée en dépit de tout traitement. A son entrée dans le service, elle a tous les signes du myxœdème.

Le 8 octobre on pratique des injections de suc thyroïdien ; six injections

en neuf jours. Le 4 novembre, alimentation avec la glande thyroïde d'un veau. En tout quinze injections et absorption en aliment de trois corps thyroïdes.

Amélioration rapide. A. C.

I. — Injections of extract of sheep's thyroid in myxœdema, par NAPIER (*Glasgow med. journ.*, *septembre* 1892).

II. — La greffe thyroïde dans le myxœdème, par BOUCHARD (*Arch. gén. de méd.*, *octobre* 1892).

III. — Myxœdème traité par les injections de suc thyroïde, par MENDEL (*München. med. Woch.*, 29 *novembre* 1892).

IV. — A case of myxœdema treated with great benefit..., par Hector W. MACKENZIE (*Brit. med. j.*, *p.* 940, 29 *octobre* 1892).

V. — A case of myxœdema treated by taking extract of thyroïd by the mouth, par L. FOX (*Ibidem*, *p.* 941).

VI. — Two cases of myxœdema by thyroid injections, par A. BARRON (*Ibidem*, *p.* 1384, 24 *décembre* 1892).

VII. — A case of myxœdema with insanity treated by subcutaneous injection of thyroïd extract, par Cecil BEADLES (*Ibidem*, *p.* 1386, 24 *décembre* 1892).

VIII. — Four cases of myxœdema treated by injections of thyroid extract, par G. HALE (*Ibidem*, *p.* 1428, 31 *décembre* 1892).

IX. — Étude historique et critique sur le traitement du myxœdème par les injections de liquide thyroïdien, par A. DERRIEN (*Thèse de Paris*, 1893).

I. — Napier relate le fait d'une femme de 54 ans, atteinte de myxœdème, et traitée par les injections sous-cutanées de suc thyroïdien de mouton. Le traitement, commencé le 12 mai, fut continué jusqu'au 25 juin; il y eut en tout 16 injections d'un gramme d'extrait aqueux thyroïdien chaque fois. L'amélioration fut notable : mais il y eut un petit abcès qui se forma au point des injections, sans gravité d'ailleurs. Au bout de ce traitement, la peau de la malade était devenue beaucoup plus souple et moins rude; et l'engourdissement avait sensiblement diminué.

II. — Bouchard rappelle qu'en 1887, il avait entrepris des expériences sur la greffe thyroïdienne à propos d'une femme atteinte de myxœdème. De concert avec Charrin, il a injecté du liquide thyroïdien et a vu se produire une amélioration rapide et étonnante. Le traitement dut être interrompu à plusieurs reprises à cause de l'apparition de maux de tête et de douleurs de jambes.

Bouchard se demande si l'injection des autres liquides organiques ne produirait pas le même effet. Il croit que l'amélioration déterminée par l'injection du liquide thyroïdien n'est que temporaire.

III. — Femme de 58 ans, cas douteux de myxœdème, développé après un érysipèle et un rhumatisme : au bout de quatre ans, signes indubitables de l'affection : apathie cérébrale, peau flasque et pâle, paupières tuméfiées, œdème du cou, épaississement des mains et des pieds. Urine rare et pouls petit. Au bout d'un mois de traitement quotidien par les injections thyroïdiennes, amélioration physique et mentale, pouls à 76, urines abondantes, diminution des œdèmes.

IV. — Les injections d'extrait de glande thyroïde ont donné, dans le traitement du myxœdème, des résultats incontestables et actuellement acquis.

Leur inconvénient est de nécessiter des soins minutieux dans leur préparation et leur administration. Mackenzie a cherché à voir si l'ingestion par la bouche de corps thyroïdes à l'état frais ou sous forme d'extraits fluides ne produirait pas des effets analogues.

Il publie l'observation d'une femme de 37 ans, atteinte de myxœdème, qui fut d'abord traitée sans succès par des infusions de jaborandi, et dont l'état s'était aggravé. Une seconde fois elle entra à l'hôpital et fut momentanément soulagée par l'administration du perchlorure de fer et du massage. Enfin à sa troisième admission, elle avait les pieds enflés, les lèvres cyanosées et des urines albumineuses. Mackenzie lui fit manger chaque jour deux corps thyroïdes de mouton. Les effets observés furent les suivants : amélioration du pouls et relèvement de la température, proportionnellement à la quantité de corps thyroïde ingéré, diminution notable du gonflement, et amélioration de tous les symptômes du myxœdème.

La dose quotidienne suffisante paraît être la moitié d'un corps thyroïde.

V. — Dans le cas de Fox, ce fut l'extrait de glande thyroïde qui fut administré par la bouche. Le traitement fut commencé le 2 juin. Le 11 il y avait des signes d'amélioration, la face était moins terne, les yeux plus brillants, la parole moins embarrassée. En septembre, le mieux continua, et en octobre la malade pouvait être considérée comme guérie.

VI. — *a*) Femme de 64 ans, atteinte depuis 5 ans de myxœdème. Du mois de juin au mois de septembre, elle reçoit trente injections, deux par semaine, de liquide thyroïdien. A la fin du traitement, elle a perdu 19 livres de son poids, peut faire 3 kilomètres à pied sans gêne, au lieu de 100 mètres qu'elle faisait à peine : elle respire librement. Depuis le mois de septembre, on continue une injection par semaine; l'amélioration persiste mais n'augmente pas.

b) Femme de 55 ans, présentant tous les signes du myxœdème : peau sèche, chute des cheveux et des dents, parole embarrassée, etc. Début du traitement dans les premiers jours de septembre. En moins de sept semaines, après treize injections, elle a perdu 10 livres, parle mieux et distinctement, a retrouvé de la physionomie et de l'expression faciale, respire bien et marche sans peine.

VII. — Femme de 50 ans, atteinte depuis 7 ans de myxœdème avec des crises de manie et de délire religieux. Poids 92 livres, peau épaisse, écailleuse, œdémateuse, paupières infiltrées, troubles du pouls, déformation des mains, etc.

Le traitement est commencé le 4 mai, avec du liquide thyroïde de génisse. Amélioration presque immédiate de la parole, mais insomnie et agitation. Seconde injection le 13 mai; la malade, après cette opération, est loquace et un peu fébrile.

Reprise du traitement du 17 juillet et continuation jusqu'en octobre. Perte de poids de 2 livres. Diminution de l'œdème et du gonflement des mains et des pieds : pas d'amélioration de l'état mental, mais parole plus distincte. Les cheveux ont repoussé et la santé générale est meilleure.

VIII. — Hale a employé les injections thyroïdiennes dans quatre cas, deux où le myxœdème était récent, et deux où il était ancien. Les deux premiers malades ont éprouvé une amélioration légère, tandis que les deux derniers ont été considérablement améliorés. L'observation I est particulièrement intéressante. Il s'agit d'une femme de 48 ans, myxœdémateuse depuis 15 ans et arrivée à la dernière période de la cachexie. Les injections furent continuées six mois, de janvier à juin. Dès le mois de février, elle commença à marcher, ce qu'elle ne faisait pas depuis plusieurs années : en février, la parole devint moins embarrassée, et la transpiration reparut; en avril, les cheveux repoussèrent.

L'amélioration, en août, commençait à être reperdue. La numération des globules à diverses périodes du traitement, n'a pas donné de résultats appréciables.

L'auteur note comme inconvénient des injections : l'inflammation locale susceptible de donner des abcès, la céphalée, les défaillances et l'affaiblissement des membres inférieurs qui suivent parfois les piqûres. Il recommande la stérilisation de l'extrait thyroïdien et l'addition d'une petite quantité d'acide phénique (1/600) pour le rendre imputrescible.

IX. — Derrien étudie successivement les effets de la greffe thyroïdienne, ceux de l'injection sous-cutanée du suc thyroïdien, enfin les résultats de l'ingestion du suc thyroïdien, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique. C'est un bon résumé des travaux parus en Angleterre, 17 observations sont relatées en détail. Les conclusions de l'auteur sont favorables à la méthode. H. RENDU.

I. — Feeding with fresh thyroid glands in myxœdema, par E. Cresswell BABER (*Brit. med. j., p.* 10, 7 *janvier* 1893).

II. — Myxœdema with enlayed thyroid, treated by subcutaneous injections of thyroid extract, par G. CORKHILL (*Ibidem, p.* 8, 7 *janvier* 1893).

III. — Observations on a case of thyroid grafting (Greffe thyroïdienne), par John GIBSON (*Ibidem, p.* 58, 14 *janvier* 1893).

IV. — A case of myxœdema treated with thyroid extract and thyroid feeding, par LUNDIE (*Brit. med. j., p.* 64, 14 *janvier* 1893).

V. — Case of myxœdema treated by thyroid feeding, par Constantine HOLMAN (*Ibidem, p.* 114, 21 *janvier* 1893).

VI. — Traitement du myxœdème par l'extrait thyroïdien, par MENDEL (*Deutch. med. Woch.*, 13 *janvier* 1893).

I. — Homme de 53 ans, devenu anémique et bouffi en 1886, et graduellement atteint de tous les symptômes du myxœdème, y compris l'induration et l'atrophie du corps thyroïde.

On commence à traiter le malade en octobre 1892, par l'ingestion de corps thyroïde de mouton cru, mêlé à de la pâte d'anchois. Dans les premiers jours de novembre, il est pris de maux de tête, de douleurs dans les reins et les jambes, qui lui durent plus de 48 heures. A partir de ce moment, le mieux commence à s'établir : la bouffissure de la face et des mains disparaît. Le 26 novembre, nouvelle injection d'un corps thyroïde de mouton, suivie également de maux de tête. Cinq corps thyroïdes sont ainsi absorbés. A la fin de décembre, l'amélioration est réelle : disparition totale des œdèmes, retour de la peau à l'aspect normal, mais la faiblesse persiste et le corps thyroïde du malade n'est pas encore palpable.

II. — Femme anémique atteinte de goître suffocant, développé très rapidement en 48 heures, à la suite de surmenage nerveux. On pense tout d'abord à un goître exophtalmique. Mais quatre mois plus tard se déclarèrent tous les signes du myxœdème, pâleur, gonflement des paupières, empâtement du cou, tuméfaction des mains et des pieds, chute des cheveux, intelligence paresseuse et langue embarrassée.

Injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien à partir du 24 septembre, entre les deux omoplates, trois fois par semaine, à la dose de 15 à 20 gouttes.

Amélioration progressive caractérisée par la diminution du poids, la dis-

parition des œdèmes et de l'anémie, le retour de la thyroïde à la dimension physiologique. La durée du traitement a été de deux mois et demi.

III. — Il s'agit d'un jeune enfant de 2 ans, entré à l'hôpital de Brisbane pour du myxœdème, qui va s'acroissant pendant quatre années consécutives. A 6 ans, l'enfant a tout à fait l'apparence du crétinisme, incapable de marcher, de se tenir debout, bouffi, inintelligent, sachant à peine manger.

Le 20 juillet 1891, première greffe thyroïdienne. On introduit sous le grand pectoral de l'enfant, les deux lobes d'une glande thyroïde de mouton : guérison de la plaie au bout d'un mois. Amélioration de l'état général très rapide. Neuf jours après l'opération, regard plus intelligent, et moins d'indifférence. Un mois plus tard, diminution des œdèmes, peau plus souple. Amélioration persistante jusqu'en octobre. Mais d'octobre à février 1892, réapparition de quelques signes de myxœdème, notamment de la sécheresse des téguments. Nouvelle greffe intra-péritonéale, le 20 mai guérison de la plaie par première intention. Amélioration définitive. L'enfant n'a plus de traces de myxœdème.

Une série de photographies représente les différentes phases du traitement.

IV. — Femme de 54 ans, atteinte de myxœdème grave depuis 14 ans. Traitement mixte, commencé en octobre 1891, et constitué par des injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien en même temps que l'ingestion de corps thyroïde. Pendant 6 semaines, aucune amélioration, puis, à partir de ce moment, convalescence rapide. La malade consomme deux fois par semaine, environ la sixième partie d'une glande thyroïde de mouton. Guérison presque complète au bout d'un an.

V. — Femme de 44 ans, atteinte de myxœdème depuis 7 ans. Gonflement des mains, des pieds et de la face, masque sans expression, peau froide et sèche, hémorragies gingivales, urines purulentes et albumineuses, aménorrhée. Intelligence lente et parole embarrassée.

Le traitement consiste dans l'ingestion d'une glande thyroïde de mouto tous les deux jours. On commence le 12 octobre.

Dès la première ingestion, excitation du cœur : le pouls monte de 64 à 96, le 18, à 106, le 21 à 130 ; la température suit une progression analogue (de 96°F. à 98°8) insomnie, agitation, loquacité.

A partir du 21 octobre, amélioration : la peau fonctionne, les sueurs se rétablissent, le gonflement des mains et de la face diminue, les urines s'éclaircissent. Bientôt, le pouls se calme et le sommeil revient.

L'amélioration persiste et au commencement de janvier, la malade peut être considérée comme guérie.

VI. — Myxœdème datant de 11 ans, caractérisé par de l'apathie intermittente, lenteur de la parole, perte de la mémoire, pâleur des téguments qui sont gonflés au niveau du cou, des paupières, des bras et des jambes, atrophie du corps thyroïde. Amélioration rapide sous l'influence des injections quotidiennes d'extrait thyroïdien, disparition des œdèmes, amélioration du pouls, retour de l'urine et augmentation de l'urée.

Wichmann signale un fait du même genre chez une femme de 35 ans, malade depuis deux ans. A la 4e injection, le mieux commença à se dessiner ; guérison apparente au bout de deux mois. H. R.

The effects of fresh thyroid juice in myxœdema, par Hurry FENWICK (*Brit. med. j.*, *p.* 894, 22 *octobre* 1892).

Fenwick montre à la Société pathologique de Londres deux femmes atteintes de myxœdème et singulièrement améliorées par les injections de suc thyroïde frais. Chaque injection produisait chez elles un accroissement considérable d'urine, ce que ne faisait pas une injection d'eau

distillée faite par comparaison. L'auteur pense que le suc de la glande thyroïde possède une légère action diurétique, non par influence directe sur le rein, mais par le fait d'une modification dans la crase sanguine qui facilite la transsudation urinaire.

Hadden n'a pas observé ces effets chez deux femmes auxquelles il injectait sous la peau du suc thyroïdien. Mêmes résultats négatifs chez des malades étudiés par Ruffer. H. R.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Précis de diagnostic chirurgical, par PLICQUE (*In-8 de 700 pages. Paris*, 1893).

Ce précis est un livre de pratique pure que l'auteur a écrit pour être un vade-mecum, un guide pour les étudiants aux débuts de leur instruction clinique. Nous croyons que les médecins trouveront aussi utilité à parcourir ce livre, surtout en ce qui concerne les indications thérapeutiques que l'auteur a traitées avec quelque développement.

Ce précis est écrit d'une manière très simple, très élémentaire, et l'auteur s'est attaché à montrer pour chaque affection comment il fallait rechercher les signes de valeur, ceux qui fournissent les éléments du diagnostic, du pronostic et du traitement, toujours d'après une méthode rigoureuse et invariable, indispensable pour le débutant.

Des indications bibliographiques mentionnent les travaux cliniques les plus récents, ceux surtout renfermant des observations détaillées de malades.

A noter ce point intéressant : l'auteur renvoie, pour de nombreux chapitres, aux collections du musée Dupuytren et surtout du musée de Saint-Louis, facilitant ainsi à l'étudiant, cette éducation de l'œil, dont l'importance est si grande en diagnostic chirurgical. MAUBRAC.

Chirurgie du cerveau, par WARNOTS (7e *Congr. fr. chir. et Mercredi méd.*, 19 *avril* 1893).

Warnots a pratiqué 32 interventions sur le cerveau ; 10 fois il a trépané pour l'épilepsie jacksonienne traumatique tardive ; l'auteur est partisan de la trépanation comme moyen préventif dans les cas de traumatismes cérébraux. Dans l'une de ces opérations, il a excisé le centre du pouce chez un malade, dont le signal symptôme était une contracture du pouce de la main droite. Sept mois après l'opération il y avait encore persistance de la paralysie de la main consécutive à l'intervention, mais aucun accès n'avait reparu.

Chez un autre malade la trépanation a fait découvrir un anévrisme artério-veineux cortical, auquel on n'a pas touché, mais qu'on pourra traiter, car on laissé ouverte la brèche osseuse.

Parmi les trépanations, au nombre de 6, pratiquées pour épilepsie essen-

tielle, l'une concerne un malade, antérieurement et inefficacement trépané du côté gauche. Depuis l'intervention, l'attaque était suivie d'un tremblement du membre inférieur gauche. Le cerveau fut mis à nu à droite et des électrodes furent placés au niveau du centre du membre supérieur; une violente secousse du bras se manifesta aussitôt. Alors, passant au centre du membre inférieur, on obtint un accès généralisé à la moitié du corps. A ce niveau se voyaient une accumulation de granulations de Pacchioni et un exsudat assez développé. Ces deux causes d'irritation furent enlevées et, depuis lors, les accès limités au membre supérieur, sont devenus très rares. OZENNE.

Kyste dermoïde de l'inion, par TILLAUX et WALTHER (7e *Cong. fr. chir. et Mercredi méd.*, 12 *avril* 1893).

Homme de 34 ans, présentant un kyste dermoïde aux environs de la protubérance occipitale. La maladie, dont le début remonte à 1885, avait donné lieu, deux ans plus tard, à quelques troubles cérébraux, qui ont persisté. En 1888 la poche fut ouverte et était restée fistuleuse; malgré cela, des accidents nerveux apparaissaient, lorsque le foyer se vidait mal. L'intervention dernière, qui a montré qu'il existait une poche en bissac (extra et intra-cranienne), a consisté à ouvrir largement la poche intra-cranienne, après agrandissement de l'orifice cranien, et à faire des attouchements au chlorure de zinc. Bon état, mais la poche ne bourgeonne pas partout. OZENNE.

Trépanation pour hydrocéphalie, par MAUNY, CALOT, PIÉCHAUD (7e *Cong. fr. chir. et Mercredi méd.*, 12 *avril* 1893).

Mauny mentionne l'observation d'un enfant de 9 ans atteint de crises épileptiformes, d'abord limitées au côté droit, puis généralisées et donnant lieu à un affaiblissement progressif. La trépanation, croisant le sillon rolandique est pratiquée à gauche, agrandissement de l'ouverture avec la pince-gouge, incision de la dure-mère, écoulement abondant de liquide encéphalique et ponction du ventricule latéral. Disparition des crises pendant cinq jours seulement, mais aussitôt que le suintement céphalique cessa, l'hypertension cérébrale se reproduisit, les accès reparurent et la mort survint le 17e jour dans la prostration.

Broca rappelle qu'il a fait, en 1890, le drainage du ventricule latéral chez un enfant. La contracture, pour laquelle on avait opéré, n'a pas reparu, mais l'enfant est resté idiot. L'intervention a été répétée une fois depuis sur un petit hydrocéphalique qui est mort épuisé par écoulement excessif du liquide céphalo-rachidien.

Calot a pratiqué chez un enfant 30 ponctions, qui avaient amené une amélioration; mais il est mort quelque temps après à Berlin, pendant qu'on lui faisait une ponction.

Piéchaud estime que, chez les sujets ossifiés plus ou moins exposés à des accidents sérieux, la craniectomie seule peut rendre des services en décomprimant les centres. Il y a danger à faire en même temps la craniectomie et la ponction; on n'aura recours à cette dernière que plus tard, si c'est nécessaire. Suivant cet auteur, la ponction simple et plusieurs fois répétée est inférieure à la ponction, suivie de drainage.

OZENNE.

The present status of craniectomy, par GRAY, DANA, SACHS... (*New York neurol. Society*, 4 *avril* 1893).

Pour Gray, seuls les cas d'idiotie qui dépendent de l'ossification prématurée des sutures et des fontanelles, peuvent bénéficier de la

craniectomie ; mais la porencéphalie, la méningite, la méningo-encéphalite, le myxœdème sont des affections contre lesquelles le chirurgien reste impuissant.

La difficulté réside donc dans le diagnostic. Si l'histoire du malade permet d'éliminer le trauma, la méningite, l'hémorragie, le myxœdème, il restera encore à séparer l'ossification prématurée des sutures de la porencéphalie, qui survient ordinairement dans les premiers temps de la vie infantile. Toutes ces affections, trauma, méningite, etc., détruisent des portions du cerveau ou du cervelet, et doivent causer du mutisme, de la surdité, des paralysies motrices, des convulsions, des contractures : aussi, si chez un idiot ces divers troubles sont absents, on peut diagnostiquer l'ossification des sutures, qui s'accompagne plutôt de strabisme, de convulsions généralisées, d'impuissance de la marche, de contracture, d'incontinence d'urine et de matières fécales. Ces conclusions sont tirées de l'étude de cinq cas de craniectomie qu'il a observés.

Dana présente un garçon de 6 ans, auquel a été pratiquée la craniectomie, il y a un an, pour ossification prématurée des sutures ; il y a eu une amélioration qui s'est maintenue dans les diverses fonctions du corps et de l'intelligence ; la grande circonférence de la tête a augmenté de un demi-centimètre, la circonférence naso-occipitale a augmenté de 2 centimètres. Dana a opéré trois autres enfants qui sont morts de choc aussitôt après l'opération. Il ne voit pas les conclusions que l'on peut tirer pour déterminer les affections qu'il faut opérer et celles qu'il ne faut pas opérer.

Sachs a pratiqué la craniectomie trois fois. Deux opérés sont morts de choc ; le troisième malade, qui avait guéri d'une première intervention, fut soumis à une deuxième opération quelques mois après et mourut.

Hammond a observé cinq cas de craniectomie. Deux enfants moururent de choc ; les trois autres ont à peine été améliorés. Son opinion est que les cas favorables sont ceux dans lesquels les patients n'ont qu'un très léger degré d'idiotie et sont opérés de bonne heure (jamais après la 7e année), avant que les dégénérescences nerveuses ne se soient établies.

Seguin estime que les résultats obtenus ne sont nullement encourageants.

Allen Starr est moins pessimiste. Il a eu six opérés sans un seul décès ; trois enfants ont eu une amélioration manifeste de l'intelligence ; les trois autres patients sont opérés depuis trop peu de temps pour qu'on puisse tirer une conclusion. MAUBRAC.

Epilepsie jaksonienne traumatique ; trépanation ; guérison, par DJÉMIL-BEY (7e *Cong. fr. chir. et Bulletin méd.*, 16 *avril* 1893).

Homme de 30 ans, ayant reçu, deux ans auparavant, un coup de yatagan à la région fronto-pariétale droite. Huit mois plus tard, première crise épileptiforme, bientôt suivie de nouveaux accès, qui rendent une intervention nécessaire. On pratique la trépanation suivant les règles ordinaires et l'on enlève une esquille perpendiculaire, formée par la table interne, qui pénétrait dans le cerveau ; il n'existait aucun enfoncement apparent de la table externe ; la guérison parut d'abord être obtenue, mais 51 jours après on dut inciser un abcès sous dure-mérien ; depuis l'évacuation de ce dernier aucun accident ne s'est montré. OZENNE.

Destruction of the Gasserian ganglion for trigeminal neuralgia : 2 cases, par Roswell PARK (*Med. News*, *p.* 183, 18 *février* 1893).

Un homme de 53 ans était atteint depuis cinq ans d'une névralgie spas

modique faciale droite. Les douleurs étaient intolérables, au point qu'on était obligé de surveiller le malade pour empêcher qu'il ne se suicidât. Park découvrit l'apophyse zygomatique par une incision en H, la scia en deux points, et rabattit la portion détachée avec l'insertion du masséter. L'apophyse coronoïde du maxillaire supérieur fut ensuite sciée. En faisant fortement ouvrir la bouche du patient, on découvrait un espace qui permettait d'atteindre la base du crâne au-dessous du ganglion de Gasser.

La base du crâne fut aisément mise à nu ; quant à l'hémorragie, elle fut minime, Park ayant dès le début lié la carotide primitive; le ganglion de Gasser fut découvert et excisé, ainsi que le nerf maxillaire supérieur avec le ganglion de Meckel. Une petite incision sous-orbitaire permit l'arrachement des filets nerveux de cette région.

Le patient guérit rapidement. La douleur avait disparu aussitôt après l'opération.

La deuxième observation est celle d'une femme de 54 ans à laquelle Park pratiqua avec succès une opération semblable. MAUBRAC.

Ueber eine neue Methode der Freilegung... (Nouvelle méthode pour mettre à nu la troisième branche du trijumeau jusqu'au trou ovale), par R. U. KRÖNLEIN (*Archiv für klinische Chirurgie*, *XLIII*, 3 *et* 4).

Krönlein propose d'atteindre le nerf maxillaire inférieur jusqu'au trou ovale par un nouveau procédé qu'il appelle rétro-buccal. Une incision rectiligne va de la commissure des lèvres au lobule de l'oreille; elle comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, mais respecte le muscle buccinateur et la muqueuse de la joue. On sectionne ensuite le muscle masséter dans la même direction jusqu'au point où il est recouvert par la parotide. On va à la recherche de l'apophyse coronoïde, qu'on isole de ses muscles à l'aide de la rugine; on la sectionne à sa base, et on la rabat en haut avec les insertions du muscle temporal. On met ainsi à nu le territoire du nerf maxillaire inférieur. On enlève la boule graisseuse de Bichat et tout le tissu graisseux qui entoure le nerf, en ayant soin de respecter le nerf buccinateur. On découvre ainsi le nerf dentaire inférieur, puis le nerf lingual, la corde du tympan et l'artère maxillaire interne. Pour suivre ces troncs nerveux vers leur point d'origine, et pour découvrir le nerf auriculo-temporal, il faut, avec un crochet, attirer fortement en bas le bord supérieur du muscle ptérygoïdien externe.

On arrive ainsi à poursuivre les différentes branches du nerf jusqu'à la base du crâne et à les réséquer sur une grande étendue. On termine l'opération par la suture de l'apophyse coronoïde et du masséter sectionnés. REBLAUB.

Résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel pour névralgie rebelle, par FÉVRIER, CHALOT (7e *Congr. franç. chir. Bulletin méd.*, 16 *avril* 1893).

Malade atteint d'une névralgie de la face, datant de 22 ans, et n'ayant pas été améliorée par la résection des nerfs sus et sous-orbitaires. *Février* pratique la résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel suivant le procédé de Lossen-Braun modifié par Segond (*R. S. M.*, XXXVI, 629). Guérison en 9 jours ; pas de récidive depuis 18 mois. En pareil cas de névralgie ancienne ce procédé paraît à l'auteur devoir être préféré d'emblée à la résection du nerf sous-orbitaire.

Chalot a fait trois fois cette opération, l'une de ses opérées est restée guérie depuis 15 mois, mais chez les deux autres la névralgie a reparu dans la sphère du nerf maxillaire inférieur. OZENNE.

Section intra-crânienne du trijumeau et extirpation du ganglion de Gasser, par DOYEN (7e *Cong. fr. chir. Bulletin méd.*, 16 *avril* 1893).

Doyen a pratiqué, dans un cas de névralgie invétérée, la section intra-crânienne du trijumeau et l'extirpation du ganglion de Gasser; dès l'opération les douleurs ont disparu et dans la suite il n'y a eu aucun trouble oculaire appréciable. Voici la description, qu'il a donnée de cette opération.

1° Incision verticale de cinq centimètres au milieu de l'espace qui sépare le conduit auditif du rebord externe de l'orbite ; l'incision ne doit dépasser en bas que de 15 millimètres l'arcade zygomatique.

2° Résection de l'arcade zygomatique et l'apophyse coronoïde et dénudation de la suture sphéno-temporale au niveau de laquelle sera appliqué le trépan. La portion horizontale de la grande aile du sphénoïde est alors dénudée à l'aide d'une rugine, en avant de la racine transverse de l'arcade zygomatique jusqu'au trou ovale. Ce dernier est situé à 20 ou 25 millimètres de la ligne rugueuse, qui prolonge en avant la racine transverse de l'arcade zygomatique et sépare la fosse temporale de la fosse ptérygo-maxillaire. Cette ligne est un point de repère certain. On peut aussi reconnaître dans la profondeur le bord postérieur tranchant de l'aile externe de l'apophyse-ptérygoïde, en dehors et en arrière duquel se trouve l'orifice cherché. Le trou petit rond est à 1 ou 2 millimètres en dehors et en arrière.

3° On saisit dans les mors d'une pince le dentaire inférieur et le lingual, à 3 ou 4 centimètres du trou ovale et on sectionne leur bout périphérique. Il suffit alors de trépaner avec soin la fosse temporale en se rappelant que l'on agit précisément au niveau de l'artère méningée moyenne, dont on a exagéré l'importance. Cette dernière est liée à l'orifice inférieur du trou petit rond, afin de faciliter, en l'écartant, la découverte du ganglion intra-crânien. L'orifice osseux obtenu à l'aide du trépan est agrandi avec une pince-gouge en empiétant également sur l'aile du sphénoïde et l'écaille du temporal ; enfin on attaque la base du crâne, après avoir dépassé en bas la ligne rugueuse, déjà signalée.

Le trou ovale largement découvert, on décolle prudemment la dure-mère jusque sur le côté de la selle turcique, en séparant les trois feuillets fibreux qui revêtent le ganglion de Gasser. On atteint ainsi à sec le bord supérieur du rocher, au niveau duquel se fait la section du tronc même du trijumeau, en amont du ganglion de Gasser, qui est extirpé avec quelques millimètres des branches ophtalmique et maxillaire supérieur, et des nerfs dentaire inférieur et lingual. OZENNE.

Volumineux spina bifida de la région lombaire, par RICARD (*Gazette des hôpitaux*, *p.* 326, 21 *mars* 1893).

Mlle V..., 25 ans, porte depuis sa naissance une tumeur de la région lombaire qui a actuellement comme dimensions : hauteur, 40 centimètres ; largeur, 35 centimètres, et épaisseur, 20 à 25 centimètres. Le pédicule mesure 57 centimètres ; la tumeur adhère au squelette. La pression sur la tumeur,

qui était autrefois suivie de troubles encéphaliques, est devenue actuellement indifférente.

Durant l'extirpation, on trouve un pédicule épais de 2 centimètres, tout autour duquel on voit et on sent l'échancrure osseuse à travers laquelle la paroi kystique pénètre dans le canal rachidien. Un clamp placé sur le pédicule détermine des secousses convulsives dans les membres inférieurs et des troubles de la respiration. Une incision de la poche montre alors autour d'un orifice de communication avec le canal rachidien, de volumineux troncs nerveux, dont les uns paraissent sortir et rentrer par l'orifice, et dont les autres se perdent dans l'épaisseur de la paroi. Les nerfs qui paraissent rentrer par l'orifice rachidien sont respectés, et la poche kystique est réséquée ; la poche est ensuite suturée. Les suites immédiates sont excellentes. A la partie centrale, du liquide se collecta et nécessita deux ponctions de 260 et 60 grammes de sérosité. La guérison fut définitive.

MAUBRAC.

Laminectomy for Pott's paraplegia, par **S. LLOYD** (*Annals of surgery*, *octobre* 1892).

Monographie portant sur 70 observations de laminectomie pratiquées au cours de mal de Pott, compliqué de paraplégie.

Les indications de l'opération sont les suivantes :

1° Cas où la cause de la paraplégie résulte d'une pachyméningite postérieure.

2° Cas où il s'est produit une luxation des vertèbres, ou une compression de la moëlle par un séquestre osseux.

3° Quand malgré un appareil bien appliqué, les accidents paraplégiques persistent et s'aggravent.

Les contre-indications résultent de la diffusion des lésions tuberculeuses dans les viscères, et de la grande faiblesse des malades.

L'opération paraît moins souvent réussir dans les cas de mal de Pott cervical que dans ceux des autres régions (lésions du nerf phrénique). H.R.

Sur un procédé de ligature de la carotide externe, par **CHALOT** (7e *Cong. fr. chir. Bulletin méd.*, 16 *avril* 1893).

Pour faciliter l'ablation des néoplasmes de la région cervicale supérieure et de la face, il est avantageux de faire, au préalable, la ligature de la carotide externe. Deux cas peuvent se présenter : ou la région, occupée par la carotide, a conservé ses rapports anatomiques normaux ; ou elle a été modifiée par le néoplasme.

Dans le premier cas, le meilleur point de repère pour atteindre l'artère, d'après Chalot, est de mettre à nu les troncs veineux, qui accompagnent les artères thyroïdienne, linguale et faciale, en tenant compte de la direction de l'incision recommandée et des battements des vaisseaux.

Le plus souvent les veines thyroïdienne et linguale ne forment qu'un seul tronc, qui recouvre l'origine des carotides interne et externe ; quelquefois les trois veines sont réunies en un seul tronc, placé en avant de la bifurcation de la carotide primitive. Ces troncs veineux découverts sont sectionnés entre deux ligatures et au-dessus se trouve la carotide externe.

Même conduite doit être tenue dans le cas où la tumeur a déterminé

une déviation des organes de la région et, pour arriver plus facilement sur le tronc veineux, on aura soin de découvrir la carotide primitive et de la suivre de bas en haut jusqu'à sa bifurcation.

Chalot a procédé de cette façon dans 16 cas de tumeurs; jamais il n'a eu d'hémorragie et il a pu enlever très facilement toutes les parties malades. OZENNE.

Anévrisme du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte traité par la ligature périphérique de la carotide primitive droite, de la sous-clavière droite et d'une volumineuse artère de la région sus-claviculaire gauche, par LE DENTU (*Bull. acad. méd.*, 21 *février* 1893).

Le Dentu fait suivre la lecture de cette observation d'une étude de la question, qui l'amène aux conclusions suivantes : pour les anévrismes du tronc brachio-céphalique, il faut commencer par la ligature, en une seule séance, de la carotide primitive et de la sous-clavière du côté droit.

Si la tumeur continue à se développer dans la direction du creux sus-claviculaire droit, on pourra tenter la ligature de la vertébrale du même côté. Si, arrêtée dans son développement à droite, elle tend à se développer vers le creux sus-claviculaire gauche, on liera la sous-clavière gauche quelque temps après les deux branches de bifurcation du tronc brachio-céphalique. La ligature de la carotide primitive gauche ne devra être faite que plusieurs mois après l'opération de droite.

Pour les anévrismes primitifs ou secondaires de l'aorte : ligature des deux branches du tronc brachio-céphalique, s'ils siègent sur la portion ascendante; ligature d'un gros vaisseau du côté gauche et de l'une des branches du tronc brachio-céphalique, s'ils siègent sur la portion horizontale de la crosse; pas de ligature, si c'est la portion de la crosse située après l'origine de la sous-clavière qui est atteinte.

Ces ligatures peuvent encore être efficaces si cette portion de crosse est distendue en même temps que les deux premières portions et que le tronc brachio-céphalique. OZENNE.

Die Exstirpation peripherer Aneurysmen, par HEINTZE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 44, *p.* 1102, 31 *octobre* 1892).

Relation de 2 opérations d'anévrismes externes faites par Riegner et consistant dans l'extirpation du sac. Les 2 malades ont guéri sans incident. Dans le premier cas, il s'agissait d'un anévrisme poplité gros comme la tête d'un petit enfant, survenu chez une jeune fille de 19 ans. Tous les signes pathognomoniques de l'anévrisme faisaient défaut, mais le 2e orteil commençait à se gangréner et l'on ne sentait plus le pouls au niveau des artères dorsale du pied et tibiale postérieure. Procédé d'ischémie d'Esmarch. La tumeur trilobée ne se laissant pas énucléer en totalité, on la fendit suivant sa longueur. Ligature au catgut des vaisseaux visibles dans la plaie y compris le bout central de l'artère poplitée. Le sac anévrismal ne contenait que des caillots fibrineux. (*R. S. M.*, XXVI, 294; XXVII, 715; XXIX, 657 et XXXIV, 239.)

L'autre opération a eu lieu pour un anévrisme de la tibiale antérieure plus gros qu'une tête d'enfant, et qui était apparu chez un homme de 25 ans, 6 ans après un coup de couteau. Section, entre 2 ligatures, de l'artère au-dessous

de l'anévrisme. Quant au bout supérieur, il fut impossible de l'atteindre par l'incision. Au dessous de la tête du péroné, le sac était tellement adhérent et aminci qu'il se déchira quand on voulut l'extraire ; l'hémorragie fut arrêtée par le tamponnement et par la compression de l'artère fémorale. Vu l'impossibilité d'isoler le sac pour arriver sur le tronc artériel afférent, on mit à nu la partie inférieure de l'artère poplitée presque jusque sur le ligament interosseux, mais sans atteindre le point de sa bifurcation; aussi Riegner se décida-t-il à sectionner la poplitée entre 2 ligatures. Le sac présentait aussi des adhérences solides avec le ligament interrosseux. Guérison apyrétique avec paralysie temporaire du nerf péronier. J. B.

Successful operation for incised wound of the heart (cœur), par MARKS (*Medical Fortnightly*, *III*, 2, *p.* 44, 1893).

Un garçon de 19 ans reçoit un coup de poignard dans le côté gauche de la poitrine. La plaie était située au-dessus du neuvième cartilage costal, en dedans de la ligne mammaire; la plèvre avait été ouverte et sa cavité était pleine de sang ; le péricarde était aussi ouvert et la paroi du cœur présentait une blessure assez grande pour admettre un demi-pouce de l'extrémité du doigt. Cette cavité fut bourrée de gaze et, malgré un peu de fièvre nerveuse le quatrième jour, la guérison s'établit progressivement.

Dix jours après avoir été blessé, le patient pouvait quitter son lit et se promener. MAUBRAC.

Observation d'un kyste uniloculaire simple du maxillaire supérieur, par FORGUE (*N. Montpellier méd.*, *n°* 3, *p.* 45, 1893).

Malassez a émis l'opinion que les kystes uniloculaires du maxillaire se forment aux dépens des débris épithéliaux paradentaires; cette opinion a été généralement adoptée, mais les occasions de contrôle anatomopathologique sont très rares, puisque Albarran, dans son mémoire (1888), n'a rapporté que deux cas avec examen histologique. Le cas rapporté par Forgue est donc important à relater : l'examen, pratiqué par Kiéner, montra que la paroi du kyste était constituée par des bourgeons charnus, recouverts d'un épithélium d'aspect tout particulier. Il se composait de cellules de forme très irrégulière et pourvues de prolongements les unissant entre elles. Ces cellules étaient disposées en couches multiples, tantôt aplaties et parallèles à la surface, tantôt, au contraire, redressées et cylindroïdes. Cet épithélium présentait, en somme, tous les caractères d'un épithélium adamantin. G. LYON.

Klinische und anatomische Beobachtungen an grossen Empyemhöhlen (Observations cliniques et anatomiques sur les grandes cavités d'empyème), par HELFERICH (*Archiv f. klinische Chirurgie*, *XLIII*, 3 *et* 4).

Au cours de trois opérations faites pour des empyèmes anciens, Helferich a constaté des modifications intéressantes sur les côtes qui limitent la cavité purulente. Ces modifications se rapportent à la forme et à l'épaisseur de la côte ; elles sont surtout marquées au milieu de la ligne axillaire et se reconnaissent aisément sur une coupe transversale de la côte. Dans les cas anciens, au lieu de la forme ovalaire qui est la figure normale d'une coupe de côte, celle-ci prend une forme plus ou moins triangulaire, elle indique de plus que le tissu spongieux et la partie interne du tissu compact ont subi un épaississement notable. Dans un cas récent,

datant de trois mois, l'auteur a pu suivre en quelque sorte l'évolution de ces lésions, au cours de trois résections de côtes faites à quelques semaines d'intervalle. Après la première opération, la côte avait encore sa forme normale; après la seconde résection, on voyait encore nettement sur la section la forme de l'os normal sur la face interne duquel sont venues s'accumuler des couches nouvelles en voie d'ossification. D'après cela, Helferich pense que l'irritation, que le foyer purulent exerce sur la face interne des côtes, détermine la formation de couches osseuses nouvelles. Si celles-ci n'ont pas encore subi leur ossification complète, quand le foyer est évacué, la rétraction de la cavité exerce une traction sur les couches encore ramollies et contribue ainsi à donner à la côte la forme d'un prisme triangulaire. REBLAUB.

Abcès du poumon ; pneumotomie ; guérison, par MATIGNON (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 *février* 1893).

Homme de 29 ans, ayant présenté les signes ordinaires d'un abcès du poumon droit se vidant par les bronches. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, l'état général ayant empiré, on fait une incision de huit centimètres dans le troisième espace intercostal, et quatre centimètres et demi de la deuxième côte étant réséqués, on incise au thermocautère, après ponction, le tissu pulmonaire qui est compact, sec et presque corné et l'on arrive ainsi dans la cavité de l'abcès, qui ne mesure guère que deux centimètres et demi de largeur. Lavages antiseptiques et tamponnement à la gaze iodoformée.

Quatre jours plus tard, en présence de la fièvre persistante et des crachats purulents toujours abondants, la plaie pulmonaire est de nouveau explorée et deux nouvelles incisions au thermocautère sont faites à huit centimètres de profondeur en haut et en bas, sans que l'on découvre la deuxième caverne présumée. Mêmes pansements antiseptiques. Dans la suite, malgré des hémoptysies assez abondantes, la supuration se tarit, tous les accidents disparaissent et la guérison est complète au bout de quatre mois. OZENNE.

Le traitement chirurgical de la dilatation gastrique, par Marcel BAUDOUIN (*Progrès médical*, *p.* 44, 16 *juillet* 1892).

Dans cet article, Baudouin rappelle les procédés chirurgicaux essayés dans la dilatation gastrique, en particulier la méthode de Weir ou plicatures des parois stomacales; mais, ce qui constitue l'originalité de cette note, c'est la proposition qu'il a émise et qu'il a formulée le premier de la façon suivante : Tout porte à croire que si l'on anastomosait un estomac dilaté avec une anse de l'intestin grêle, on obtiendrait une diminution de la cavité stomacale ; autrement dit, la gastro-entérostomie est indiquée dans un certain nombre de dilatations stomacales sans sténose organique du pylore. Baudouin a été amené à proposer dans ces cas cette opération en se basant exclusivement sur les faits anatomo-pathologiques observés à la suite de la cholécystentérostomie. Toutes les fois qu'on a anastomosé en effet une vésicule biliaire dilatée avec le duodénum et qu'on a pu constater ce qui se produisait, on a remarqué que la vésicule biliaire revenait notablement sur elle-même.

Pour d'autres faits de dilatation gastrique, Baudouin est d'avis qu'on pourrait recourir à une gastrostomie temporaire, c'est-à-dire à une fis-

tule cutanée. Chacun sait d'ailleurs que toute cholécystostomie amène une diminution dans la capacité de la vésicule. Depuis la publication de cette note, des observations anatomiques sur des sujets gastro-entérostomisés pour des rétrécissements pyloriques sont venues montrer que les vues théoriques émises par Baudouin étaient parfaitement justifiées, du moins pour les cas où il y a sténose. Reste à savoir s'il en est ainsi pour les dilatations sans sténose organique, c'est-à-dire dans les formes dites vulgaires d'ectasie gastrique. B.

Gastro enterostomia per stenosi del piloro, par E. d'URSI (*La Riforma medica, p.* 194, 21 *janvier* 1893).

Femme de trente-cinq ans, éprouvant depuis quatre ans des douleurs épigastriques à la suite des repas, et des alternatives de diarrhée et de constipation; depuis quelques semaines, douleurs très intenses, constipation, inappétence, nausées et vomissements répétés, amaigrissement considérable, apathie profonde; l'estomac est très dilaté. En raison des phénomènes graves, on se décida à intervenir; incision xypho-ombilicale, le péritoine renferme une grande quantité de liquide citrin; la paroi antérieure de l'estomac ne présente pas d'adhérence; la paroi postérieure est adhérente surtout dans la région pylorique; vu les difficultés que présenterait la dissection de l'estomac et l'impossibilité de dilater le pylore, on se décide à faire la gastro-entérostomie : incision sur la paroi antérieure de l'estomac, au voisinage du pylore, à 4 centimètres de la grande courbure, incision longitudinale sur une anse libre de l'intestin grêle, suture de Lembert-Apolito, lavage du péritoine avec l'eau boriquée chaude. La diarrhée reparut quelques jours après l'opération, céda à l'emploi de lavements créosotés, puis se montra de nouveau à la suite d'imprudences de la malade qui finit par succomber.

GEORGES THIBIERGE.

Chirurgie de l'estomac, par ROUX, DOYEN (7e *Cong. fr. chir. Bulletin méd.*, 5 *avril* 1893).

Roux, à l'occasion de 14 gastro-entérostomies, dont il donne l'observation, discute le manuel opératoire et se rallie au procédé de la gastro-entérostomie postérieure. Sa statistique est la suivante : 6 gastro-entérostomies antérieures, 5 morts et 1 guérison ; 8 gastro-entérostomies postérieures, 2 morts et 6 guérisons ; 8 opérations par accolement latéral, 5 morts et 3 guérisons; 6 implantations, 2 morts et 4 guérisons.

L'opération radicale dans 5 cas de cancer a donné 3 succès et 2 morts. En outre, 2 opérations de Loreta, 2 succès; 2 incisions et suture pour rétrécissement du pylore, 1 succès ; 1 excision d'un ulcère, 1 succès.

Doyen a successivement pratiqué pour différentes affections la pylorectomie, la pyloroplastie et la gastro-entérostomie. Voici le procédé qui lui paraît le plus sûr : Incision médiane sus-ombilicale. Exploration des organes et recherche de la première anse du jejunum. Si la pylorectomie est possible, on isole le pylore et on sectionne le duodénum entre deux pinces. Suture du duodénum par trois plans de sutures et réduction. Ablation de la tumeur et fermeture de l'estomac. Ensuite fixation de l'anse intestinale à la face antérieure de l'estomac.

S'il n'y a pas d'indication d'ablation du pylore, on pratique la gastro-jéjunostomie. Doyen est intervenu 28 fois, 16 fois pour des lésions non cancéreuses et 12 fois pour des néoplasmes malins. Or, si l'on ne con-

sidère que les pylorectomies avec gastro-jéjunostomies faites pour des tumeurs non malignes, l'opération 12 fois pratiquée n'a donné qu'un insuccès. OZENNE.

De l'intervention opératoire dans les cas de perforation d'un ulcère simple de l'estomac, par S. POZZI et RICKLIN (*Revue intern. de thér. et pharm.*, 18 *et* 30 *janvier* 1893).

L'intervention chirurgicale est légitime en principe, dans les cas de perforation d'un ulcère simple de l'estomac. Une observation de Kriege démontre que, pratiquée dans les circonstances favorables, la laparotomie, suivie de l'oblitération de la solution de continuité de la paroi stomacale, peut sauver le malade dans des circonstances où l'éventualité d'une péritonite généralisée est presque inévitable.

Une condition à peu près indispensable au succès réside dans la précocité de l'intervention.

L'état de vacuité de l'estomac, au moment où s'est produite la perforation, a une grande influence sur le résultat ultérieur de l'intervention chirurgicale.

Celle-ci est contre-indiquée par un état de grande adynamie ou de collapsus. R. FAURE MILLER.

De la cholécystentérostomie en général et de quelques points en particulier, par PATURET (*Thèse de Paris*, *n°* 116, 1893).

Des points spéciaux étudiés dans cette thèse, l'auteur tire les conclusions suivantes :

L'abouchement dans le côlon étant écarté d'une manière définitive, le duodénum sera le lieu d'élection, mais toutes les fois seulement que ses rapports avec la vésicule biliaire permettront, sans traction, le contact des deux organes. Dans les cas contraires, on devra choisir dans l'intestin grêle l'anse à la fois la plus rapprochée du duodénum et la plus voisine de la vésicule.

Si la dilatation de la vésicule présente un avantage au point de vue opératoire, sa rétraction peut engendrer certaines difficultés, et l'altération de ses parois, dans certains cas, constituer un danger et devenir une contre-indication.

L'altération des voies biliaires peut s'accompagner de lésions de voisinage, parmi lesquelles l'artérite de l'artère hépatique qui peut donner lieu à des hémorragies graves. C. WALTHER.

Zur Chirurgie des Gallensystems (Contribution à la chirurgie des voies biliaires), par Alexander FRAENKEL (*Centralblatt für Chirurgie*, *n°* 35, 1892).

L'auteur rapporte deux observations dans lesquelles tous les symptômes faisaient croire à des coliques hépatiques graves, d'origine calculeuse. La laparotomie, pratiquée dans le but d'aller à la recherche des calculs, montra qu'il s'agissait de simples adhérences de la vésicule et de la région vésiculaire. L'auteur se demande si, même quand il y a des calculs, les douleurs ne doivent pas être rapportées en majeure

partie à des adhérences semblables qui sont constantes dans le lithiase biliaire. La destruction de ces adhérences par la laparotomie amène la cessation des accidents et des douleurs. REBLAUB.

I. — Résultats éloignés de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par PONCET (*Mercredi méd.*, 1er *février* 1893).

II. — Des résultats éloignés de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par B. BEAUSSENAT (*Thèse de Lyon*, 1892).

I. — Poncet rappelle qu'il a opéré antérieurement par la laparotomie trois malades atteints de péritonite tuberculeuse. Ces malades ont été revus par lui et les résultats éloignés sont en faveur de l'intervention. L'une des malades, jeune fille de 20 ans, a été laparotomisée en octobre 1890 ; elle est actuellement en parfaite santé et la restauration de sa cicatrice abdominale (éventration), que l'auteur vient de pratiquer, a montré que les granulations péritonéales, notées lors de la première laparotomie, ont disparu et qu'il n'y a pas de liquide ascitique.

La deuxième malade, âgée de 23 ans, avait une péritonite tuberculeuse à forme granulo-ulcéreuse sèche. Elle a été opérée il y a sept mois et, depuis ce jour, tout accident a disparu et la malade a engraissé.

Le troisième laparotomisé est un enfant de 9 ans dont l'état était désespéré quand l'intervention a eu lieu, en juillet 1892. Aujourd'hui, 4 mois 1/2 depuis l'opération, il se porte à merveille et paraît indemne de toute lésion bacillaire. OZENNE.

II.— B. distingue dans la péritonite tuberculeuse les formes suivantes : *A*. Forme miliaire, généralisée à toute l'économie ou primitivement localisée au péritoine ; *B*. forme fibreuse : 1° ascitique, généralisée ou enkystée ; 2° sèche, sèche proprement dite ou sèche fibro-adhésive ; *C*. forme ulcéreuse : 1° sèche ; 2° suppurée, généralisée ou enkystée.

Il étudie ensuite les résultats de la laparotomie suivant ces diverses formes.

Dans la forme miliaire, insuccès.

Dans la forme fibreuse ascitique généralisée, chez l'adulte, 72 0/0 de guérisons, dont 52,94 0/0 de durables ; chez l'enfant, 88 0/0 de guérisons dont 36 0/0 durables.

Dans la forme ascitique enkystée, chez l'adulte, 77,19 0/0 de guérisons dont 45,6 0/0 durables ; chez l'enfant, 100 0/0 de succès dont moitié définitifs.

Dans la forme sèche proprement dite, deux succès sur deux cas.

Dans la forme sèche fibro-adhésive, chez l'adulte, 73,68 0/0 de guérisons dont 42,1 0/0 de durables ; chez l'enfant, 85,71 0/0 dont 57,1 0/0 durables.

Dans la forme ulcéreuse sèche, un succès sur quatre (adultes) ; un succès sur un (enfant).

Dans la forme ulcéreuse suppurée généralisée : adultes, cinq cas, deux morts, trois guérisons ; enfants, un cas guéri.

Dans la même forme enkystée : adultes, trois cas, deux guérisons ; enfants, trois cas, deux guérisons.

L'auteur étudie ensuite les interventions dans les péritonites herniaires, la typhlite tuberculeuse, et conclut qu'en dehors des complications pulmonaires, d'une fièvre très forte, la laparotomie est indiquée dans toute péritonite tuberculeuse. A. CARTAZ.

Tumeur fibreuse de l'épiploon gastro-hépatique, par RICARD (7e *Cong. fr. méd. et Mercredi méd.*, 19 *avril* 1893).

Cette tumeur, très volumineuse, était tellement adhérente aux parois abdominales qu'on a dû l'attaquer par évidement central. Elle renfermait la vésicule biliaire, remplie de calculs, que l'on a reséquée ; l'examen histologique a montré que c'était un fibrome des épiploons. OZENNE.

Des kystes du mésentère, par BRAQUEHAYE (*Arch. gén. de méd.*, *septembre et novembre* 1892).

Les tumeurs kystiques situées entre les deux feuillets du mésentère peuvent être divisées en : 1° kystes dus aux vaisseaux; 2° kystes parasitaires; 3° kystes congénitaux; 4° kystes développés aux dépens des organes voisins.

Ces kystes ont un volume extrêmement variable (depuis un grain de millet jusqu'aux dimensions les plus considérables). Petits, ils sont libres. Volumineux, ils adhèrent plus ou moins aux organes voisins. Leur forme régulière est plus ou moins sphérique. Leur paroi est toujours dépourvue d'épithélium, sauf dans les kystes dermoïdes.

Les kystes sanguins sont presque toujours traumatiques.

Les kystes lymphatiques sont dus au canal thoracique, aux chylifères ou aux ganglions.

Les kystes parasitaires ou hydatiques coïncident souvent avec des kystes semblables, situés dans d'autres organes. Leur volume dépasse rarement celui d'une orange.

Les kystes congénitaux peuvent provenir des restes du corps de Wolff ou de diverticules de Remak, mais, le plus souvent, ce sont des kystes dermoïdes.

Au point de vue de l'évolution, on peut étudier trois périodes : latente, d'état et de terminaison.

Le diagnostic, toujours difficile, devient extrêmement probable si on se trouve en présence d'une tumeur primitivement latérale, devenue rapidement médiane, pointant vers l'ombilic et s'accompagnant des trois signes de Tillaux (grande mobilité dans tous les sens; zone sonore entre la paroi et la tumeur; autre zone sonore au-dessus du pubis).

Même dans les formes bénignes, la tumeur n'a pas de tendances à diminuer; d'où l'indication d'intervenir le plus rapidement possible, sans attendre que le malade soit cachectique.

Comme procédé opératoire, la marsupialisation est le procédé de choix. Elle seule donne de grandes chances de succès. L'extirpation doit être rejetée. RICHARDIÈRE.

I. — Symptôme nouveau de l'occlusion intestinale, par GANGOLPHE (7e *Cong. fr. chir. Bullet. méd.*, 19 *avril* 1893).

II. — De l'occlusion intestinale, par MONOD (*Ibidem*).

III. — *Idem*, par MAUNOURY (*Ibidem*).

I. — Gangolphe ayant constaté, dans un cas d'étranglement interne, la présence d'une certaine quantité de liquide séro-sanguin intra-péri-

tonéal, a institué des expériences pour savoir si ce liquide pourrait servir à distinguer l'occlusion due à un étranglement de toute autre occlusion.

Or ces expériences lui ont démontré que la constriction d'une anse intestinale par un anneau de caoutchouc avait pour résultat de provoquer l'issue de ce même liquide séro-sanguinolent aussi bien dans la cavité péritonéale que dans l'intestin.

Ce fait a une certaine valeur pratique. En effet, toutes les fois que, dans une occlusion intestinale, on aura constaté de l'ascite, on devra songer à de l'occlusion par étranglement, et par suite intervenir d'emblée, cette variété d'occlusion n'étant pas justiciable des moyens médicaux.

II. — Monod rapporte les observations de 5 cas d'occlusion intestinale aiguë, dont 4 ont été suivies de guérison. Dans deux de ces cas l'occlusion a cédé aux lavements électriques; chez les trois autres malades la laparotomie a été pratiquée. Sur l'un, jeune homme de 19 ans, il y avait étranglement produit par une bride siégeant à l'union de l'intestin grêle et du cœcum. Même disposition pathologique existait chez un autre malade âgé de 52 ans : ces deux malades ont guéri. Quant au dernier il a succombé le lendemain de l'opération qui montra que l'occlusion était due à un énorme volvulus.

III. — Maunoury a opéré 14 malades atteints d'occlusion intestinale : 8 par laparotomie, 6 par entérotomie : 11 morts et 3 guérisons, soit une mortalité de 78 0/0. Suivant ce chirurgien on doit se comporter de la manière suivante :

Intervenir chirurgicalement dans l'occlusion, si les moyens médicaux ont échoué ou s'il y a urgence. C'est le ballonnement du ventre, qui servira de guide dans le choix de l'opération : entérotomie s'il est considérable ; laparotomie s'il est modéré ou s'il manque. En cas d'entérotomie, explorer les deux bouts de l'intestin pour la conduite à tenir ultérieurement.

OZENNE.

Ueber Behandlung des acuten Darmverschlusses (Traitement de l'occlusion intestinale aigüe), par L. REHN (*Archiv für klinische Chirurgie*, *XLIII*, 3 *et* 4).

A l'occasion de treize faits personnels d'occlusion intestinale traités par la laparotomie avec dix succès, Rehn insiste sur la nécessité d'une intervention rapide, d'autant plus que, dans la majorité des cas, il s'agit d'étranglements internes.

Dans un grand nombre de ces cas, le diagnostic exact a pu être porté exactement avant l'opération; mais parfois il offre de grandes difficultés. L'auteur attache une grande importance à l'auscultation du ventre qui doit avoir pour but de déterminer s'il y a encore des mouvements péristaltiques de l'intestin et dans quelles limites ils se produisent. Il est, en effet, établi que ces mouvements persistent dans le segment intestinal situé en amont de l'étranglement et qu'ils sont supprimés dans le segment inférieur. D'autre part, ils sont totalement supprimés, quand la péritonite est venue compliquer l'occlusion. A ce point de vue, Rehn recommande de ne donner de l'opium que quand le diagnostic a été fait, ce médicament ayant pour effet de faire disparaître les mouvements péristaltiques. L'intervention de choix doit être la laparotomie suivie de la recherche de l'obstacle et de sa levée; elle peut donner des succès même dans des cas en apparence désespérés; l'entérostomie trouve rarement son indication dans les cas d'occlusion aiguë. REBLAUB.

Cure radicale des hernies inguinales, par ZANCAROL (7e *Cong. fr. chir. Bulletin méd.*, 19 *avril* 1893).

Zancarol a fait 30 fois la cure radicale des hernies inguinales. 10 des malades ont été opérés par le procédé de Lucas-Championnière; un seul a présenté une récidive. 8 ont été opérés par le procédé anglais suivant: Le sac ouvert et le collet décollé aussi haut qu'on le peut, on le suture et on le rentre. On passe alors deux gros fils de soie en forme de croix ou de X, qu'on transfixe en les faisant passer par le canal inguinal; on place ensuite trois ou quatre autres fils profonds, dans la direction perpendiculaire à l'incision, qu'on unit séparément. Puis, après les avoir noués, on suture la peau et alors seulement on noue les deux fils profonds, qu'on a passés en croix.

Douze autres malades ont été traités par le procédé de Bassini, qui est le procédé anatomique par excellence, puisqu'il permet de reconstituer plus solidement le canal inguinal, dont l'étroitesse ne laisse passage qu'au cordon. OZENNE.

Cure radicale des hernies inguinales et crurales volumineuses, par SCHWARTZ (7e *Cong. fr. chir. et Bulletin méd.*, 19 *avril* 1893).

Schwartz, dans les cas de hernies à larges anneaux, conseille comme moyen de renforcement de la paroi, d'utiliser la couche musculaire qui est bien disposée pour la contention. Pour la hernie crurale, après la cure faite comme d'ordinaire, il incise la gaine du moyen adducteur et en dissèque un lambeau) qu'il relève en haut et en dehors contre l'anneau crural et auquel il le fixe.

Pour la hernie inguinale, on taille, aux dépens du grand droit de l'abdomen un lambeau à pédicule inférieur, que l'on renverse derrière le pilier interne de l'anneau inguinal externe, de façon à doubler la paroi abdominale, au niveau de l'anneau, d'une bande musculaire large et épaisse; on n'enlève au droit que le tiers au plus de la moitié de son épaisseur, puis on referme la gaine par quelques points de suture.

OZENNE.

Utilité d'un transplant osseux dans la cure radicale des hernies, par THIRIAR (7e *Cong. fr. chir. Bulletin méd.*, 19 *avril* 1893).

Pour remédier au défaut de résistance de la paroi de l'abdomen à la suite de la cure radicale des hernies, Thirius a employé le moyen suivant: Le sac réséqué, il abandonne le moignon au fond de la plaie et entre ce moignon et les bords de l'orifice herniaire il interpose une plaque d'os décalcifié; cette plaque doit avoir un diamètre un peu plus large que celui de l'orifice et être bien fixée dans ce point; l'opération est terminée comme d'habitude. Sur 21 malades ainsi opérés, Thirius a noté une cicatrice solide et résistante et sur deux d'entre eux il a constaté que cette plaque se résorbe et est remplacée par un tissu fibreux, dur et épais qui obture et ferme solidement l'orifice. OZENNE.

De l'omphalectomie, par CONDAMIN (7e *Cong. fr. chir. Bulletin méd.*, 19 *avril* 1893).

Condamin pratique la cure radicale des hernies ombilicales par l'omphalectomie totale suivie de la suture à trois étages. Il fait une large ablation de la région, de façon à ouvrir la gaine des muscles droits et à aborder ainsi la hernie par son collet et de dehors en dedans, puis le sac ouvert, les adhérences rompues, il réduit la hernie et termine par une suture à trois étages. Ce procédé facilite le décollement et la rupture des adhérences, il raccourcit la durée de l'opération, et l'on reconstitue un plan très résistant qui s'oppose à la récidive. OZENNE.

Zur chirurgischen Therapie der Perityphlitis (Contribution au traitement chirurgical de la périty phlite), par F. KAMMERER (*Archiv für klinische Chirurgie*, *XLIII*, 3 *et* 4).

Dans l'espace de deux ans, Kammerer a eu l'occasion de pratiquer 12 fois la laparotomie pour une périty phlite primitive ou récidivante. De plus, dans un grand nombre de cas, il a pu se contenter d'ouvrir par différentes voies, des abcès développés autour du cœcum, sans ouvrir le péritoine. — L'existence de pus est parfois difficile à constater, même après l'administration de chloroforme; l'auteur a eu recours souvent à la ponction exploratrice qui ne présente aucun inconvénient, et parfois même a l'avantage d'indiquer la voie qu'il faut suivre pour atteindre le plus facilement l'abcès. Quand ce dernier est volumineux, l'incision doit être intra-péritonéale ; mais, alors même que l'abcès est de petit volume, il est souvent facile de l'atteindre par la voie intra-péritonéale, en particulier par l'incision lombaire. Kammerer a pu s'en assurer dans quatre cas, où il a fait l'opération pour des abcès de ce genre; chez l'un de ces malades il fit l'opération en deux temps, et le malade mourut de pneumonie; les trois autres ont guéri. L'appendice ne fut réséqué que dans l'un de ces cas, parce qu'il était gangréné; il y eut une fistule stercorale consécutive qui guérit spontanément. Dans quatre autres cas, dans lesquels la laparotomie fut pratiquée, on tomba sur de nombreuses adhérences de l'intestin avec la paroi abdominale ou des anses entre elles; deux fois le pus était collecté entre les anses, et il fut impossible de trouver l'appendice; dans les deux autres faits, l'appendice contenait un calcul stercoral et fut excisé ; l'un de ces malades mourut le septième jour.

Kammerer a fait 3 fois la laparotomie pour des cas de péritonite généralisée consécutive à la perforation de l'appendice iléo-cœcal; tous ces malades succombèrent.

Dans un cas de périty phlite récidivante, l'auteur eut une peine énorme à se frayer un chemin jusqu'à l'appendice à travers les adhérences des anses intestinales. Il y parvint, mais ne trouva ni corps étranger, ni pus. Le malade guérit, mais après avoir eu pendant 3 à 4 mois une fistule. Aussi Kammerer conseille-t-il de n'intervenir dans des cas semblables que quand on a la main forcée par le malade ou par les accidents. REBLAUB.

Ueber einige Darmresectionen, par H. SCHLANGE (*Berlin. klin. Wochens.*, p° 47, *p.* 1181, 21 *novembre* 1892).

1° *Résection ostéoplastique pour cancer rectal de siège élevé.* Schlange pratique au-dessus de la partie la plus inférieure du sacrum, une incision transversale allant jusqu'à l'os. Des extrémités de cette première incision, il en fait partir deux autres, dirigées en bas et en dehors sur les côtés du coccyx, jusqu'au voisinage de l'orifice anal. En bas, ces deux incisions n'intéressent plus que la peau, tandis qu'en remontant, elles sont de plus en plus profondes de façon à sectionner au niveau de leurs insertions osseuses les fibres inférieures du fessier et des ligaments sacrosciatiques et sacroépineux. Il scie ensuite le sacrum suivant l'incision transversale et rabat en bas tout le lambeau cutanéo-osseux.

Schlange revendique, pour ce procédé opératoire qu'il a employé 4 fois, les avantages suivants : La résection ostéoplastique du coccyx et de la partie inférieure du sacrum est une opération facile, n'entraînant pas de lésions fâcheuses accessoires; elle procure beaucoup d'espace; Schlange a pu reséquer de cette façon 25 centimètres du rectum cancéreux. Elle conserve la forme du squelette osseux et laisse au sphincter anal son insertion fixe, sans léser ses rameaux nerveux. Elle améliore les conditions de la guérison. En effet, le lambeau cutanéo-osseux mobile, en venant s'appliquer sur la paroi postérieure de l'intestin, protège le point faible de la suture et permet la guérison spontanée des fistules consécutives à sa rupture. Enfin elle met à l'abri de la coudure du rectum que Schlange a observée chez un malade auquel on avait enlevé la partie inférieure du sacrum.

2° *Etranglement interne. Vaste entérectomie pour gangrène.* Femme de 42 ans. Les accidents étaient survenus la veille, à la suite d'un effort. L'intestin météorisé et immobile se trouvait dans la région ombilicale. Schlange réséqua 135 centimètres d'intestin grêle, surtout d'iléon; tous les vaisseaux mésentériques étaient thrombosés. Guérison sans incidents. J. B.

Resection of the small (petit) intestine for rupture caused by tapeworm (ténia), par DUNLAP (*New York med. journ.*, *p.* 166, 11 *février* 1893).

Une dame de 31 ans est saisie le 12 septembre de douleurs vives dans la fosse iliaque gauche : elle tombe rapidement dans un état de prostration grave. A la palpation on trouva dans l'abdomen une masse volumineuse qui fit supposer que l'on avait à faire à une grossesse extra utérine, avec rupture du sac. La laparotomie est pratiquée : le bassin est plein de sang, mais l'appareil génital est sain. On découvrit un long ténia, qui faisait issue par une large déchirure de l'intestin grêle : deux vaisseaux qui donnaient du sang en abondance furent liés; on tenta sans succès de retirer de l'intestin le ténia, car il se rompit dès les premières tractions : les bords de la rupture qui comprenait les deux tiers de l'intestin, furent reséqués, et ensuite suturés. Après quelques accidents, la guérison survint. MAUBRAC.

Sur un nouveau procédé opératoire pour l'établissement de l'anus contre nature, par CHAPUT (*Arch. gén. de méd.*, *octobre* 1892).

Ce procédé, que Chaput appelle le procédé de la forcipressure, con-

siste à fixer l'intestin à la paroi autrement que par des sutures. Dans le but d'éviter la perforation presque fatale de l'intestin par l'aiguille, Chaput conseille de le fixer par des serre-fines ou par des pinces à forcipressure, laissées à demeure pendant vingt-quatre heures. Il a employé ce procédé deux fois avec succès. RICHARDIÈRE.

Un procédé d'ablation partielle du rectum par les voies naturelles, par HARTMANN (7e *Cong. fr. chir. Mercredi méd.*, 19 *avril* 1893).

Hartmann conseille le procédé suivant pour l'ablation des sténoses annulaires du rectum, soit fibreuses, soit néoplasiques, mais mobiles : dilatation de l'anus ; abaissement du rétrécissement au moyen de petites pinces de Museux ; incision circulaire du rectum autour du rétrécissement invaginé dans le canal anal ; libération du rectum jusqu'au-dessus du rétrécissement et section à ce niveau ; hémostase et fixation du bout supérieur à la région anale. Au bout d'une huitaine de jours, l'extrémité supérieure de l'intestin, coupée par les fils, remonte, mais, le foyer opératoire étant fermé, il est inutile de s'occuper à aucun moment de suturer les deux bouts. OZENNE.

Splenectomy for a wandering spleen, par BLAND SUTTON (*Lancet*, *p.* 1387, 17 *décembre* 1892).

Les diagnostics discutés avant l'opération avaient été hydronéphrose du rein mobile, kyste hydatique, rate flottante. Après une première laparotomie exploratrice on trouva une rate hypertrophiée avec torsion du pédicule. On se contenta de détordre le pédicule et de replacer la rate dans l'hypocondre gauche. Mais les douleurs et le déplacement s'étant reproduits, on fit quatre mois après la splénectomie. Le pédicule s'était retordu de nouveau. La guérison fut parfaite. Depuis on a fait l'examen du sang sans trouver de modifications dans le nombre des globules avant et après l'opération.

Mac Glover ayant demandé si l'on n'aurait pu suturer la rate aux parois, Bland Sutton montre que cette pratique aurait été dangereuse. Le tissu de la rate était tellement tendu qu'il aurait cédé sous la plus petite piqûre. A.-F. PLICQUE.

Ueber Milzextirpation bei Leukämie und Pseudo-leukämie (De l'extirpation de la rate dans la leucémie et la pseudo-leucémie), par H. von BURCKHARDT (*Archiv für klinische Chirurgie*, *XLIII*, 3 *et* 4).

L'auteur rapporte trois observations personnelles d'extirpation de la rate :

1° Femme de 47 ans, atteinte d'une tumeur énorme de la rate ; rapport des globules blancs aux globules rouges comme 1 à 5. Extirpation assez difficile d'une rate pesant 4900 grammes, de consistance très dure. Mort quatorze heures après l'opération. A l'autopsie, infiltration sanguine des parois abdominales et de tous les viscères intra-abdominaux ; épanchement sanguin d'environ deux litres dans la cavité péritonéale ;

2° Jeune fille de 26 ans, malade depuis cinq ans (inappétence, faiblesse générale, parfois vomissements). Depuis quatre ans, développement dans le flanc gauche d'une tumeur qui devint énorme et qu'on reconnut être la rate. Rapport des globules blancs aux globules rouges comme 1 à 200. Sur les instances de la malade, extirpation d'une tumeur splénique assez molle, gorgée de sang, pesant environ 2 kilogrammes. Après l'opération, légère

amélioration, mais qui ne dure pas. Mort quatorze semaines après l'opération ; pas d'autopsie ;

3° Jeune fille de 26 ans, malade depuis cinq ans ; rate énorme ; rapport des globules blancs aux rouges comme 1 à 105. Opération fort difficile à cause de nombreuses adhérences ; elle dure deux heures ; poids de la rate enlevée : 3 kilogrammes. Amélioration très manifeste après l'opération. Au bout de cinq mois, œdème des membres inférieurs, ascite ; tumeur ganglionnaire au cou. Les globules blancs vont en augmentant dans le sang. Enfin, huit mois après l'opération, mort par épuisement. A l'autopsie, deux litres de sérosité sanguinolente dans le péritoine ; foie augmenté de volume et graisseux ; épanchement pleural et péricardique.

Dans le premier de ces cas il s'agissait d'une leucémie vraie ; quant aux deux autres, l'auteur n'hésite pas à les considérer comme des cas de pseudo-leucémie splénique. Cela résulte manifestement de l'augmentation croissante de globules blancs après l'opération dans la troisième observation. Au point de vue thérapeutique, il importe de séparer les pseudo-leucémies des simples hypertrophies spléniques. Les premières s'accompagnent toujours d'une altération du sang, d'une diathèse hémorragique, qui fait que les malades succombent toujours tôt ou tard à des hémorragies parenchymateuses, ainsi que cela résulte des statistiques et des lésions constantes trouvées à l'autopsie. Les secondes, au contraire, guérissent définitivement après l'opération ou succombent à des accidents communs à toutes les interventions opératoires. REBLAUB.

Injury of the pancreas, a cause of effusions into the lesser peritoneal cavity, par Jordan LLOYD (*Brit. med. j., p.* 1051, 12 *novembre* 1892).

Importante contribution à la pathologie du pancréas.

L'auteur attire l'attention sur les rapports étroits qui existent entre les contusions du pancréas et les épanchements localisés à l'arrière-cavité des épiploons. Il rapporte trois faits de ce genre :

A. — Contusion de la région épigastrique par un coup de pied de cheval. Vomissements incoercibles d'abord ; puis développement d'une tumeur fluctuante dans la région ombilicale et sous-diaphragmatique, ponctionnée et constituée par un épanchement noirâtre. A l'autopsie, collection de l'arrière-cavité des épiploons ; pancréas gangréné.

B. — Mêmes symptômes chez un sujet de 29 ans renversé par un lutteur qui lui appuie le genou sur le ventre ; développement d'un kyste fluctuant ; aspiration, liquide brunâtre qui a la propriété de transformer l'amidon en glucose et de digérer la fibrine. Il est certain que ce liquide renferme du suc pancréatique. Guérison.

C. — Un troisième fait analogue a été publié par Senn (*Americ. Journ. of med. Sc.*, juillet 1885) avec laparotomie.

Le cas fut considéré comme un kyste pancréatique.

Les conclusions du mémoire sont les suivantes :

1° Les contusions de la partie supérieure de l'abdomen peuvent être suivies du développement d'une tumeur épigastrique et ombilicale ;

2° Ces tumeurs sont dues à l'accumulation des collections liquides dans l'arrière-cavité des épiploons ;

3° Quand le contenu liquide de ces épanchements a la propriété de convertir l'amidon en sucre, on peut affirmer que le pancréas a été lésé ;

4° Beaucoup de ces tumeurs ont été considérées, à tort, comme des

exemples de kystes du pancréas ; il y a lieu de reviser cette opinion ;

5° Les collections de l'arrière-cavité des épiploons peuvent toujours être facilement diagnostiquées avant l'opération, grâce à leur forme spéciale, ovalaire, empiétant depuis le diaphragme et l'hypochondre gauche jusqu'à l'ombilic, et s'arrêtent à l'hypochondre droit ;

6° Le traitement topique est l'incision abdominale et le drainage précoce. H. R.

L'albuminurie rénale associée à certaines tumeurs abdominales ; son importance pour l'intervention opératoire, par E. KUMMER (*Revue médic. Suisse romande, XII, p.* 773, *décembre* 1892).

D'une opération de kyste ovarique compliqué d'albuminurie, Kummer conclut :

1° L'association de l'albuminurie rénale et de certaines tumeurs abdominales, loin d'être une coïncidence fortuite, représente un syndrome clinique bien caractérisé ;

2° Dans des cas de ce genre, l'extirpation de la tumeur abdominale peut guérir l'albuminurie ;

3° L'apparition d'albumine dans les urines d'une personne atteinte de kyste ovarique constitue une indication à l'opération ;

4° L'opération sera aseptique et non antiseptique ;

5° Une narcose de moyenne durée ne paraît pas être nuisible. J. B.

I. — Maladies des voies urinaires (urètre et vessie). — Exploration et traitements d'urgence, par BAZY (*Vol. in*-18, *Paris*, 1892).

II. — Traité des rétrécissements de l'urètre, par HAMONIC (*Un vol. in* 18, *Paris*, 1893).

III. — Traité des maladies des voies urinaires, par Henri PICARD (*Vol. in*-18, *Paris*, 1892).

IV. — La pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires, par DELEFOSSE (*Vol. in*-18, *Paris*, 1893).

I. — L'auteur, se plaçant surtout au point de vue du praticien, décrit d'abord les divers moyens d'exploration de l'urètre et de la vessie, qui permettent d'arriver à un diagnostic précis, base indispensable d'un traitement efficace, surtout en chirurgie urinaire. Si la vue, le toucher, le palper bi-manuel renseignent quelque peu le chirurgien ici comme partout, c'est principalement le cathétérisme qui pose le diagnostic exact. Aussi, Bazy fait-il de ces manœuvres exploratrices une étude très détaillée et très pratique, les envisageant successivement dans l'urètre normal et dans l'urètre pathologique (rétrécissements, spasmes, dépressibilité, fausses routes, hypertrophie prostatique, traumatismes, corps étrangers, etc.). Puis, vient l'important chapitre de l'exploration intra-vésicale par la sonde et le cystoscope. L'auteur prend soin d'indiquer, chemin faisant, les règles de l'asepsie parfaite des instruments, du chirurgien et du malade.

La seconde partie de l'ouvrage (moyens de traitement) est surtout consacrée aux rétrécissements de l'urètre, qu'ils soient simples ou compliqués de rétention, d'infiltration, d'abcès, de fistules, etc. La technique

et l'indication des divers cathétérismes sont minutieusement exposées dans tous ces cas, ainsi que les différents modes de dilatation et le manuel opératoire de l'urétrotomie interne. Il en est de même du traitement instrumental de l'hypertrophie prostatique par les sondes molles, souples et rigides et même par la ponction vésicale. L'urétrotomie externe est étudiée avec les traumatismes et les corps étrangers du canal.

Enfin, l'ouvrage se termine par un chapitre de chirurgie vésicale proprement dite, comprenant d'une part les lavages de la vessie, avec leurs procédés et leurs indications, et d'autre part le traitement de la rétention d'urine de cause vésicale, c'est-à-dire par caillots et corps étrangers.

II. — Dans une première partie, Hamonic fait l'histoire clinique et classique des strictures, qu'il divise étiologiquement en inflammatoires, cicatricielles et mixtes, en y ajoutant toutefois les syphilomes urétraux et les rétrécissements congénitaux; puis vient l'évolution progressive des lésions. Un des chapitres les plus intéressants et surtout les plus utiles de cette première partie est sans contredit celui de l'examen clinique du rétréci, avec la technique de tous les procédés d'exploration, y compris celui que l'auteur a ingénieusement imaginé et qu'il appelle l'*urétrographie*. Toutes les variétés de rétrécissements sont successivement étudiées avec les diversités symptomatiques, dues, dans chaque cas particulier, à la cause, à la nature, au siège de la coarctation. Une large place est consacrée aux rétrécissements traumatiques et à ceux de la femme.

Les complications sont exposées dans la seconde partie : complications urétrales (inflammations, œdème, congestion) et péri-urétrales (abcès, fistules, prostatite, etc.), complications du côté de l'appareil génital et des voies urinaires (vessie et rein) et enfin complications générales, c'est-à-dire la septicémie d'origine urétrale. Dans ce dernier chapitre, l'auteur s'applique à rajeunir l'ancienne histoire de l'infection urinaire à l'aide des données microbiennes actuellement en cours.

C'est au traitement des rétrécissements qu'est consacrée la troisième partie de l'ouvrage, dans laquelle l'hygiène et la thérapeutique interne des rétrécis sont d'abord formulées. Avec raison, Hamonic considère et préconise la dilatation graduelle avec des bougies, surtout métalliques, comme le seul mode de traitement efficace des rétrécissements de l'urètre, les autres interventions opératoires ne représentant que des moyens adjuvants, lorsque la dilatation s'effectue mal ou qu'il y a indication urgente à agir vite en présence de complications menaçantes. Il va sans dire qu'une stricture infranchissable est justifiable de l'urétrotomie externe, même avec cathétérisme rétrograde, si l'on ne trouve pas le bout postérieur du canal incisé. Toute cette troisième partie de l'important ouvrage d'Hamonic constitue un excellent traité de chirurgie urétrale, surtout en ce qui concerne la dilatation à laquelle l'auteur a su apporter d'heureuses modifications personnelles.

III. — Ce petit volume est forcément très bref puisque, en 350 pages, il traite non seulement de toutes les maladies des voies urinaires, mais encore de certaines affections des organes génitaux et du diabète : l'état actuel de nos connaissances en pathologie génito-urinaire s'y trouve résumé d'une façon condensée et trop sommaire pour en permettre l'analyse.

IV. — Excellent manuel, très pratique, qui constitue le premier travail d'ensemble paru en France sur la question. Après une rapide description des divers micro-organismes rencontrés le plus souvent dans les voies urinaires, l'auteur montre d'abord le rôle pathogène des microbes dans l'infection urinaire; puis, il consacre un chapitre à la technique des recherches bactériologiques les plus usuelles. Ensuite, viennent minutieusement détaillées toutes les précautions antiseptiques que doit prendre le chirurgien au moment d'une opération (instruments, sondes, pansements, etc.), spécialement quand il s'agit d'un cathétérisme, d'une urétrotomie interne, d'une lithotritie, d'une taille hypogastrique, etc. Chacune des substances antiseptiques, ordinairement employées en chirurgie urinaire, y est indiquée et appréciée. L'antisepsie interne par la voie intestinale et le rôle de l'antisepsie dans la blennoragie constituent deux des plus attrayants chapitres de ce livre éminemment utile à tous ceux qui sont appelés à introduire une sonde dans un urètre, c'est-à-dire à tous les médecins. R. JAMIN.

Ueber Nierenexstirpation wegen maligner Tumoren, par J. ISRAEL (*Berlin klin. Wochens.*, *n°* 46, *p.* 1171, 14 *novembre* 1892).

En réunissant les statistiques de Guillet, de Gross (*R. S. M.*, XXVII, 304) et de Sigrist (*R. S. M.*, XXXV, 299 et 623), sur les résultats de l'ablation des reins pour tumeurs malignes, on arrive à une mortalité opératoire moyenne de 56 0/0, sans tenir compte des décès ultérieurs par récidives.

Ces résultats ont engagé certains chirurgiens à repousser l'opération radicale des tumeurs rénales malignes.

En ne tenant compte que de ses propres résultats, Israel arrive à une conclusion opposée. Sur ses 54 opérations rénales il a fait 11 néphrectomies pour carcomes ou sarcomes. De ces 11 opérés, 2 seulement ont succombé aux suites de l'intervention, soit une totalité d'un peu plus de 18 0/0, chiffre bien meilleur que la moyenne ci-dessus, basée sur des statistiques dont les éléments sont empruntés à la littérature médicale qui fournit plutôt des cas favorables.

Sur les 9 néphrectominés survivants d'Israel, 2 ont depuis lors succombé à une récidive, l'un au bout de 6 mois, l'autre au bout de 13 mois; l'un d'eux était un enfant de 5 ans ayant un sarcome occupant la presque totalité de l'abdomen.

Les 7 autres ne présentent pas encore de récidives, à savoir : un cancer opéré il y a 5 ans 1/2, un sarcome opéré il y a 4 ans et 2 mois; un myxosarcome opéré il y a 2 ans et 9 mois; 2 cancers opérés, l'un il y a 11 mois, l'autre, il y a 6 mois; un sarcome opéré il y a 3 mois. La dernière opération ne date que d'avant-hier (24 octobre 1892). Il s'agit d'un homme de 42 ans qui depuis un an avait diminué de 25 livres, mais jouissait pour le reste d'une parfaite santé, lorsque le 31 août dernier, il fut pris d'une hématurie profuse. Cette hématurie, à part quelques rémissions, dura jusqu'au lendemain soir et ne reparut plus. Israel constate à la partie inférieure du rein gauche, à peine augmenté de volume, quelques saillies arrondies et dures. Malgré la précocité peu habituelle du diagnostic, l'opération a montré qu'un des noyaux morbides

avaient déjà envahi l'enveloppe propre du rein. Malgré que l'organe ne fût guère plus gros qu'à l'état normal, on trouva à son intérieur, une tumeur, grande comme un thaler et partagée en noyaux par des cloisons conjonctives; la plupart des noyaux étaient graisseux ou infiltrés de sang. Chez l'opéré d'il y a 5 ans 1/2, la tumeur cancéreuse reconnue au palper ne dépassait pas les dimensions d'une cerise. J. B.

Zur Kasuistik der Blasenhalsklappen (Contribution à l'étude des valvules du col de la vessie), par POPPERT (*Archiv für klinische Chirurgie, XLIV*, 1).

L'existence de valvules véritables au niveau de l'orifice vésical, indépendantes de toute lésion de la prostate, n'est pas admise par tous les auteurs. Poppert en relate une observation non douteuse et en tous points semblable à celle qui fut rapportée récemment par Eigenbrodt.

Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans qui, dès son jeune âge, aurait eu des troubles de la miction caractérisés surtout par une difficulté de l'émission de l'urine. Mais ces troubles étaient passagers. Ce n'est qu'à l'âge de 21 ans que cette difficulté de la miction s'accuse d'avantage, s'accompagne de céphalalgies, d'inappétence, d'amaigrissement progressif; finalement une rétention complète d'urine nécessite l'entrée du malade à l'hôpital. Là on essaie en vain de le sonder; les instruments sont arrêtés dans la région prostatique. On pratique la ponction de la vessie, et, comme le lendemain les tentatives de cathétérisme restent encore infructueuses on fait l'incision périnéale. On trouve l'urètre de calibre normal, la prostate parfaitement saine; mais les sondes viennent butter contre un obstacle qui paraît infranchissable. Seule une sonde cannelée arrive à le contourner ; aussitôt un flot d'urine apparaît, et l'on peut glisser sur la sonde cannelée une sonde à demeure. Le malade mourut 15 jours après de cystite et pyélonéphrite, et à l'autopsie on constata que l'obstacle était constitué par une valvule transversale semi-lunaire, partant de la circonférence postérieure de l'orifice vésical et recouvrant complètement ce dernier; elle était constituée par un repli de la muqueuse vésicale. La base épaissie contenait des faisceaux musculaires appartenant manifestement au sphincter vésical.

Poppert admet que cette valvule était congénitale, que l'obstacle qu'elle fournissait à l'émission de l'urine a pu être vaincu pendant longtemps par la vessie hypertrophiée, mais que, celle-ci se dilatant, ses contractions devinrent insuffisantes pour faire céder l'obstacle. REBLAUB.

Report of seven cases of rupture of the urinary bladder (vessie), par J. HERRICK (*Med. News, p.* 197, 25 *février* 1893).

1° Un homme de 28 ans reçoit un coup de pied de cheval dans la région hypogastrique ; 24 heures après, on constate des vomissements, de la douleur abdominale, une anurie complète (mais une sonde ramène un peu d'urine sanglante), de la fièvre. Point de signe de fracture du bassin.

On injecte 600 grammes d'eau boriquée dans la vessie et 100 grammes seulement sont rejetés ; le diagnostic de rupture de la vessie étant manifeste, on pratique la laparotomie ; une déchirure linéaire de la paroi postérieure de la vessie est alors suturée.

Mort 24 heures après l'opération (49 heures après l'accident) ; les sutures de la vessie ont bien tenu ; péritonite généralisée ;

2° Rupture de la vessie, chez un homme alcoolique, à la suite d'une chute de 4 mètres ; laparotomie et suture d'une déchirure de 2 pouces de long, juste au-dessous du point de réflexion du péritoine sur la vessie.

Mort quatre jours et demi après l'opération de péritonite septique ;

3° Rupture de la vessie, d'origine probablement traumatique, chez un alcoolique. Péritonite causée par un cathétérisme infectant. Mort ;

4° Rupture extra-péritonéale de la vessie. Mort ;

5° Un homme de 28 ans fait une chute de 30 pieds de hauteur. On diagnostique une fracture du bassin et une rupture de la vessie. Une incision abdominale montre une déchirure de la paroi antérieure de la vessie, et à travers cette déchirure on peut en voir une seconde sur la paroi postérieure ; épanchement de sang dans le péritoine et dans le tissu péri-vésical. On ne put achever l'opération à cause de la faiblesse du blessé qui succomba le même jour ;

6° Un peintre avait été frappé dans l'aine gauche et sur le côté gauche du bassin par une lourde masse de fer. On avait retiré de la vessie de l'urine sanglante en petite quantité, et l'injection d'eau boriquée avait révélé une rupture de la vessie.

Une incision sur la ligne médiane de l'abdomen montra une fracture du corps et de la branche du pubis et une extravasation d'urine. Une incision périnéale latérale fit découvrir une déchirure au col de la vessie.

La mort survint au cinquième jour ;

7° Rupture traumatique intra-péritonéale de la vessie et hémorragie cérébrale chez une femme de 35 ans.

Mort au neuvième jour.

L'auteur insiste sur l'aide qu'apporte au diagnostic l'injection, sous pression modérée, d'une solution d'eau stérilisée, dont on mesurera très exactement la quantité injectée et la quantité retirée par la sonde.

MAUBRAC.

De la pluralité des urétrites (urétrites non blennorragiques), par MINGUET (*Thèse de Paris*, 1892).

A la suite de Bokhart, d'Aubert, de De Amicis, de Rauzier, de Legrain, de Castex, etc., Minguet a constaté que certaines urétrites, précédées ou non d'un coït suspect, s'accompagnaient d'un écoulement ne contenant pas de goconoques et par conséquent ne pouvaient pas s'appeler blennorragiques. Dans le pus de ces urétrites non gonococciennes, on trouve des streptocoques, des staphylocoques, mais pas de gonocoques à aucune période de la maladie. Généralement ces urétrites ont une incubation plus courte, une moins grande tendance à la chronicité, en un mot des symptômes moins graves, bien qu'elles puissent avoir les mêmes complications que l'urétrite blennorragique, c'est-à-dire gonococcienne. Seule, la bactériologie (examens micrographiques et cultures) fait le diagnostic. Ici surtout, les traitements antiseptiques sont de rigueur.

R. JAMIN.

I. — De l'urétrectomie, par L. WARTEL (*Thèse de Paris*, 1892).

II. — Cure radicale de certains rétrécissements de l'urètre par la résection et la suture, par GOURAUD (*Thèse de Paris*, 1892).

I. — S'appuyant sur 74 observations (dont plusieurs personnelles), le travail de Wartel assigne une place à l'urétrectomie à côté des trois procédés classiques de traitement chirurgical des rétrécissements uré-

traux (dilatation, urétrotomie interne et externe). L'urétrectomie est indiquée : 1° dans les rétrécissements cicatriciels ; 2° dans les rétrécissements calleux accompagnés soit d'abcès urineux péri-urétral chronique, soit de fistules périnéo-scrotales, à parois épaisses et indurées ; 3° dans les rétrécissements indilatables (scléro-cicatriciels) ; 4° dans les ruptures de l'urètre avec attrition de son tissu. Avec Guermonprez, son maître, Wartel conseille de faire la suture immédiate des deux bouts du canal, si le segment excisé ne dépasse pas 5 à 6 centimètres ; de pratiquer la suture juxta-urétrale, s'ils sont trop éloignés pour pouvoir être réunis ; enfin, de recourir aux procédés de greffe muqueuse, si la perte de substance est trop grande.

II. — Pour l'auteur; l'urétrectomie est le seul procédé qui assure la guérison radicale des rétrécissements ; aussi, est-elle applicable à tous les cas de ce genre, sauf quand la dilatation est facile et se maintient. La suture consécutive des deux bouts est toujours préférable, car elle permet la réunion par première intention ; elle expose moins à l'infection de la plaie quand elle ne comprend pas la muqueuse ; elle se fait au catgut. La sonde à demeure est nécessaire. R. JAMIN.

Urethrectomy, method for radical treatment of rupture of the urethra, fistula, or organic stricture, par MANLEY (*New York med. journal, p.* 147, 4 *février* 1893).

Dans tous les cas de rupture traumatique de l'urètre périnéal, les tissus seront étalés aussitôt que possible, et la continuité de la lumière du canal de l'urètre sera alors entièrement rétablie par une urétrorrhaphie.

Dans ces fistules urétrales ou périnéales qui résistent à la dilatation ou aux autres moyens employés, que l'origine en soit traumatique ou blennorragique, on pratiquera la résection des parties malades, et la continuité du canal sera rétablie, par l'affrontement des bords séparés, le vide restant, étant oblitéré par l'élongation linéaire des fibres de la tunique musculaire.

Quand les rétrécissements qui ne sont point justiciables d'une urétrotomie interne ou de la divulsion, ont été incisés par une urétrotomie externe, il faut saisir l'occasion et tailler un canal dans le tissu cicatriciel, et rétablir le canal avec les tissus connectifs adjacents.

Dans tous les cas, l'asepsie est indispensable, car il faut pour réussir, obtenir la réunion par première intention. MAUBRAC.

Traitement de la tuberculose génitale de l'homme par les injections de chlorure de zinc, par OZENNE (*Bull. acad. méd. et Bull. méd.*, 22 *février* 1893.)

Homme de trente et un ans, présentant depuis six mois les symptômes ordinaires de l'épididymite tuberculeuse du côté gauche. Le testicule et l'épididyme forment une masse dure, irrégulière, du volume d'un œuf de dinde. Le cordon, de la grosseur du pouce, offre trois nodosités développées sur le canal déférent, qui, dans leur intervalle et jusque dans le trajet inguinal, est rigide et augmenté de volume. Les éléments du cordon sont difficilement séparables et entourés par une gangue épaisse et résistante.

A droite, léger empâtement indolent, circonscrit à la queue de l'épididyme.

La prostate et la vésicule gauche sont plus consistantes et plus volumineuses qu'à l'état normal; tous les autres organes sont intacts.

Douleurs locales et irradiées aux régions inguinale et lombaire, plus fréquentes et plus intenses dans les derniers temps.

En quatre séances, on pratique sept injections de chlorure de zinc à 1/10, composées chacune de deux gouttes de liquide, autour des points malades. Trois d'entre elles sont faites en avant et deux en arrière, entre le testicule et l'épididyme; les deux dernières sur le trajet du cordon, chacune intéressant le canal déférent.

Au bout d'une dizaine de jours, on constate que les douleurs ont définitivement disparu, que les bosselures épididymaires se sont aplaties, et que la tuméfaction générale et l'empâtement du cordon ont diminué de volume.

L'amélioration continue, et, six mois plus tard, l'épididyme n'offre plus de saillies distinctes; les nodosités du canal déférent ont disparu, et le cordon a repris sa souplesse et son volume ordinaires. O.

De la réparation de l'urètre périnéal, par Paul NOGUÈS (*Thèse de Paris*, 1892).

L'incision précoce et le drainage *au plafond* des abcès urineux et des infiltrations constituent, pour Noguès, le meilleur traitement préventif des fistules périnéales.

Dans les fistules ou les tumeurs urineuses anciennes, avec intégrité relative de l'urètre, quoique l'excision, le grattage et la réparation par bourgeonnement donnent d'excellents résultats, il préfère cependant la réunion primitive avec avivement et suture. L'auteur conseille de ne réséquer l'urètre que partiellement et de conserver toujours une bande de paroi supérieure; si l'écartement n'est pas trop grand, les deux bouts du canal sont ensuite suturés l'un à l'autre, sinon, on fait la suture à étage du périnée. Pour les opérations autoplastiques, Noguès donne la préférence au procédé de Guyon, inspiré par celui de Th. Anger pour l'hypospadias. Enfin, après l'urétrotomie externe, l'auteur fait toujours la suture du canal et du périnée, et, dans les ruptures traumatiques, il incise immédiatement et suture bout à bout le canal divisé. 181 observations et 23 expériences cadavériques ou sur les animaux justifient cet important travail. R. JAMIN.

De la restauration de l'urètre chez la femme, par DELBECQUE (*Thèse de Paris*, 1892).

Après avoir exposé dans son travail tous les procédés autoplastiques destinés à la cure de la destruction de l'urètre féminin, Delbecque s'arrête au procédé à lambeaux vulvo-vaginaux, indiqué par Péan.

Toutefois ce procédé exige beaucoup de soins et de patience pour que le nouvel urètre ait les dimensions nécessaires, que les deux moitiés qui le composent soient bien rapprochées, que les tissus qui le doublent soient épais et bien vivants, enfin que la forme et les fonctions de la région ne soient pas trop sensiblement altérées. Il doit être surtout employé dans les destructions totales de l'urètre et du col de la vessie, c'est-à-dire dans le cas où échouent la plupart des procédés autoplastiques habituels. R. JAMIN.

De l'incontinence urétrale d'urine chez la femme (pathogénie et traitement opératoire), par E. A. PÉPIN (*Thèse de Paris*, 1893).

En dehors des incontinences classiques chez la femme, d'après Pépin, il en existe une variété toute spéciale due à la perte de l'élasticité des parois de l'urètre et à des lésions du sphincter vésico-urétral (surdistension, déchirure, destruction partielle accompagnée souvent de dégénérescence des fibres musculaires) : on l'observe après la taille urétrale, la dilatation, lente ou brusque du canal, l'expulsion spontanée de calculs ou corps étrangers, certains accouchements laborieux ; la restauration de fistules vésico ou urétro-vaginales. Quand elle n'est pas guérie par l'électrisation ou le massage, cette incontinence urétrale est justiciable d'une intervention chirurgicale. Si l'urètre est dilaté et béant, mais le sphincter contractible à l'électricité, il suffit d'un simple resserrement du canal par un fil (procédé d'Engstrœm ou d'Albarran). Sinon, et surtout s'il y a destruction partielle, il faut établir sur le trajet de l'urètre un obstacle mécanique : dans ce cas, Pépin propose de s'adresser aux procédés de Gersuny et de Duret et surtout à celui de Pousson qui est une combinaison des deux précédents (incurvation de l'axe de l'urètre, relèvement du méat, allongement de la paroi postérieure avec torsion de l'urètre). R. JAMIN.

A case of torsion of the spermatic cord with strangulation of the testicle, par BARKER (*Lancet*, *p.* 792, 8 *avril* 1893).

Un garçon de 15 ans avait un testicule droit petit, incomplètement descendu ; une hernie inguinale du même côté, qui existait depuis l'âge de 7 ans, avait, depuis un an environ, disparu.

Le 2 mars 1893, la hernie reparut, mais ne put être réduite. Malgré les douleurs qu'il éprouvait, le malade alla à son travail, mais dut entrer à l'hôpital le 9 mars.

Le testicule était très augmenté de volume, et dans le canal inguinal était une tuméfaction qui venait presque contiguë au testicule ; la peau était tendue, œdématiée ; la température était élevée ; on crut à une hernie étranglée.

On trouva dans le canal une masse noire, tendue, unie, qui fut reconnue comme étant le testicule tordu sur le cordon et étranglé. On leva l'étranglement en imprimant un mouvement de torsion en sens contraire au testicule, mais on dut enlever le testicule dont la vitalité était absolument compromise. La guérison fut rapide. MAUBRAC.

Ostéo-sarcome aréolaire du fémur ; fracture spontanée ; désarticulation de la hanche ; guérison, par MOTY. — Rapport par CHAUVEL (*Bull. acad. méd.*, 30 *août* 1892).

Homme d'une vingtaine d'années ; en janvier 1891, coup de pied de cheval à la partie inférieure et antéro-interne de la cuisse gauche ; trois mois plus tard, chute légère déterminant une fracture de cette extrémité du fémur ; appareil plâtré ; dans la suite, on constate une augmentation de volume de la région avec épanchement juxta-articulaire, vives douleurs et formation d'une collection purulente extra-articulaire, qui est incisée ; pas de cicatrisation des plaies dont il s'écoule du sang et dont les lèvres deviennent fongueuses.

En présence de ces symptômes, auxquels s'ajoutent une tuméfaction osseuse,

de l'œdème de la cuisse, et de la fièvre, on porte le diagnostic d'ostéo sarcome du fémur. Désarticulation coxo-fémorale par le procédé en raquette; guérison complète deux mois après, durant lesquels on a dû inciser une collection purulente à streptocoques, siégeant à l'avant-bras.

L'examen du membre amputé confirme le diagnostic d'ostéo-sarcome; la fracture spontanée s'était produite à l'union de la diaphyse avec les condyles dégénérés; l'articulation était saine; la diaphyse était enflammée jusqu'à la tête fémorale, également malade. OZENNE.

De la réparation immédiate des pertes de substance intra-osseuses à l'aide de divers corps aseptiques, par DUPLAY et CAZIN (*Arch. gén. de méd., novembre* 1892).

Le but des auteurs a été d'obtenir plus rapidement la réparation des pertes de substance osseuse, en augmentant artificiellement l'activité réparatrice du tissu en voie de formation et en fournissant à ces tissus une charpente provisoire, qui comble immédiatement la perte de substance et offre, en quelque sorte, un point d'appui aux éléments cellulaires émanant des parois de la cavité.

Des expériences nombreuses ont permis à Duplay et à Cazin de se convaincre qu'on peut, en se plaçant dans des conditions d'asepsie rigoureuse, combler une cavité osseuse avec n'importe quelle substance inerte, et obtenir, après suture des parties molles, une réunion immédiate et définitive. Ils ont obtenu ce résultat avec de l'éponge, de la gaze, du coton, de la soie, du catgut et même avec de la moelle de sureau. Les corps qui sont le plus rapidement et le plus complètement envahis par les tissus bourgeonnants qui les entourent sont : la gaze et l'éponge.

RICHARDIÈRE.

Sur une déformation rare du poignet, par REDARD (*Arch. gén. de méd. décembre* 1892).

La déformation étudiée par l'auteur s'observe chez les adolescents, au moment de la croissance. Elle est essentiellement caractérisée par l'hypertrophie et par des changements de forme d'un ou des deux os de l'avant-bras, à leur tiers inférieur, suivis de déplacement articulaire (luxation ou subluxation du poignet en avant).

Comme pathogénie, Redard attribue cette déformation à un trouble dans la croissance et le fonctionnement des cartilages de conjugaison des os de l'avant-bras à leur extrémité inférieure.

La thérapeutique de cette déformation consiste, au début, à éviter toute fatigue et tout mouvement forcé du poignet; à maintenir, au moyen d'appareils orthopédiques, les extrémités articulaires dans leurs rapports réciproques, à éviter les contractures musculaires ou à les faire disparaître par le massage et l'électricité. RICHARDIÈRE.

Du traitement chirurgical des tuberculoses du pied, par AUDRY, OLLIER, LANNELONGUE, etc. (7e *Cong. fr. chir. Gaz. des hôpit.*, 29 *avril* 1893).

Audry et *Mondan* ont examiné 167 pièces de tuberculoses du pied. Dans 25 cas, les lésions étaient étendues au squelette et aux parties molles; dans 29 cas, l'origine était synoviale et, dans 113 autres, la lésion avait eu un début osseux. A ce point de vue, on a trouvé atteints:

le calcanéum 40 fois, l'astragale 29, les pièces de la mortaise tibio-tarsienne 21, et les autres os du tarse et du métatarse 23 ; cette tuberculose, le plus souvent centrale et séquestrale, offre quatre types :

1° Lésions primitives des métatarsiens et des phalanges : ce sont les plus fréquentes ;

2° Lésions du tarse antérieur ;

3° Lésions du calcanéum, se localisant souvent ;

4° Lésions tibio-tarsiennes.

Ollier ne s'occupe aujourd'hui que des lésions tuberculeuses de l'astragale et des articulations astragaliennes. Depuis 1882, en commençant toujours par l'ablation de l'astragale, il a pratiqué 82 astragalectomies simples ou suivies de résection des malléoles. Cette opération, exempte de mortalité, est justifiée par la fréquence du début des lésions sur l'astragale et les synoviales astragaliennes, par la facilité, l'astragale enlevé, de nettoyer toutes les surfaces malades, et par la possibilité de conserver une mortaise et de n'avoir pas une articulation ballante.

Pour obtenir un bon résultat, on doit opérer lentement et très minutieusement, en enlevant tout ce qui est malade et en faisant suivre d'une cautérisation profonde au fer rouge. L'opération, qui peut être faite sur des malades de différents âges, n'offre pas à l'avenir d'inconvénient et la région n'est pas déformée. Pour les lésions des articulations astragaliennes, l'astragalectomie fournit également de meilleurs résultats que les résections économiques. Toutefois la désarticulation s'impose dans certains cas ; cela étant, il est nécessaire de conserver les téguments du talon, utiles pour l'avenir.

Poncet préconise, pour ces affections, l'intervention chirurgicale précoce, qui variera suivant l'étendue, l'ancienneté des lésions et l'existence ou non d'autres tuberculoses. Si la lésion est récente, quel que soit l'âge du sujet, l'opération peut être économique ; si elle est ancienne, diffuse, il faut préférer l'amputation totale ou partielle du pied à la tarsectomie, à partir de quarante ans. C'est ainsi que l'on agira encore au-dessous de cet âge, si les lésions sont étendues et si les viscères sont menacés. Dans les premières années de la vie, l'amputation doit être rejetée.

Pour le tarse postérieur, la résection doit être la règle et pour le tarse antérieur, évider, cureter et cautériser constituent la règle à suivre en général.

Gangolphe a traité une cinquantaine de cas de tuberculose du pied. Dans l'enfance, il a obtenu de bons résultats par l'arthrectomie ignée, le curage et l'évidement ; chez les adolescents il faut avoir recours à la résection typique.

Loyson a fait 22 astragalectomies avec de très bons résultats ; ceux-ci seraient d'autant meilleurs que la suppuration aurait persisté plus longtemps. La plupart des opérés ont conservé les mouvements de flexion et d'extension.

Pollosson commence par établir que, dans la tuberculose du tarse antérieur, il faut distinguer lequel est atteint, du massif externe ou du massif interne. Si le cuboïde et les métatarsiens correspondants sont seuls malades, la tarsectomie externe est suffisante ; au contraire, cette dernière doit comprendre toute l'étendue du tarse si la lésion est interne.

Reverdin a fait 22 astragalectomies avec 2 morts; sur 16 de ces opérés, 9 sont restés guéris, les autres ont présenté différentes complications tuberculeuses.

Lannelongue conseille, dès qu'on soupçonne une tuberculose du pied, de tenir le malade au repos absolu. Si, malgré cela, le mal s'aggrave, il faut recourir aux injections de chlorure de zinc, dont il ne compte plus les résultats heureux, et, en cas d'échec, arriver aux résections et à l'amputation.

Coudray a appliqué la méthode sclérogène à 16 cas de tuberculose du pied : 7 concernaient des ostéo-arthrites du cou-de-pied, dont une suppurée ; dans la plupart de ces cas, il y a eu intervention secondaire. Chez 7 autres malades les lésions occupaient le tarse et le métatarse. D'après l'auteur, la méthode sclérogène est utile au début des lésions, car la guérison par sclérose peut en être la conséquence ; plus tard elle révèle le siège et l'étendue des lésions et elle permet une intervention prompte et sûre. OZENNE.

Les tuberculoses de l'épaule, par MONDAN et AUDRY (*Revue de chirurgie, n° 12, p. 1001, 1892*).

Seconde partie d'un travail dont le *début* a paru dans la *Revue de chirurgie* (1892 n° 3, p. 224) et a été déjà analysé (*R. S. M.*, t. XL, 1er fasc., p. 275).

Les auteurs étudient dans ce dernier chapitre le traitement des tuberculoses de l'épaule et concluent nettement à la résection sous-périostée. Leurs observations prouvent que les résultats éloignés en sont excellents dans les cas favorables, au double point de vue de l'état général et du rétablissement de la forme et de la fonction; ils sont dans tous les cas incomparablement supérieurs à ceux qu'on obtenait autrefois par l'ancienne méthode de résection ; au lieu d'un bras plus ou moins flottant, on a une articulation reconstituée sur le type de l'articulation primitive.

La résection supprime le foyer pathologique et infectieux; la mobilité reparaît et les muscles soigneusement conservés avec les nerfs qui les animent retrouvent, sinon leur volume, du moins une partie considérable de leur énergie.

L'intervention est d'ailleurs absolument bénigne et l'état général s'améliore souvent d'une façon très manifeste après la suppression du foyer tuberculeux, comme le prouvent plusieurs des observations rapportées par Mondan et Audry. C. WALTHER.

Die Behandlung der Oberschenkel-und Oberarmbrüche im Barmener Krankenhause (Traitement des fractures de cuisse et des fractures du bras à l'hôpital de Barmen), par L. HEUSNER (*Archiv für klinische Chirurgie, XLIII, 3 et 4*).

L'auteur a décrit, en 1890, un appareil pour fractures de cuisse qui permet la déambulation en se substituant au membre fracturé comme soutien du corps; il l'avait appliqué avec succès dans douze cas. Depuis lors, il a eu l'occasion de l'employer avec le même succès dans dix-neuf nouveaux cas de fractures de cuisse de tous genres et dans des cas de fracture de l'extrémité supérieure du tibia. Faisant application au

membre supérieur des mêmes principes qui l'ont guidé dans le traitement des fractures de cuisse, Heusner, après avoir critiqué les traitements employés jusqu'ici, décrit la façon dont il pratique l'extension continue sur le membre supérieur. Pour effectuer cette extension, il emploie principalement le poids du membre lui-même. Dans deux observations, l'une de fracture du col anatomique, l'autre de décollement épiphysaire, il ne fit porter à ses malades aucune espèce d'appareils; il leur recommanda seulement de laisser pendre le membre fracturé au côté du tronc; il a obtenu ainsi deux succès rapides, si bien qu'en neuf et dix jours, les malades pouvaient déjà exécuter des mouvements. Dans les cas de fractures du col chirurgical, le procédé est le même; le poids du membre suffit pour placer les fragments en face l'un de l'autre et amener leur consolidation; les petites déviations que subissent les fragments pendant la marche et dans les différentes attitudes du corps seraient plutôt utiles au point de vue de la consolidation; il en serait de même, d'après Helferich, de la stase veineuse provoquée dans le membre par l'attitude verticale continue du bras. Dans les cas de fractures de la partie moyenne de l'humérus, le principe reste le même; seulement l'auteur ajoute un poids de 2 livres pour faire l'extension et entoure le bras d'un petit appareil amidonné très léger qui laisse libres les articulations de l'épaule et du coude. Dans les cas de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, l'attitude à donner au membre c'est la flexion de l'avant-bras sur le bras. Pour maintenir cette attitude tout en exerçant sur l'avant-bras une traction, Heusner a imaginé l'appareil suivant: il fixe l'avant-bras dans une demi-gouttière métallique, en ayant soin de laisser toute leur liberté aux articulations du poignet et du coude. Cette demi-gouttière porte à son extrémité supérieure un petit anneau, dans lequel vient glisser une tige de cuivre recourbée à angle droit. La branche verticale de cette tige supporte les poids. En accentuant plus ou moins l'angle de courbure de la tige et en variant la quantité des poids, on arrive à donner à l'avant-bras le degré de flexion que l'on recherche. On peut également placer l'avant-bras dans tel degré de supination ou de pronation, en arrondissant ou en aplatissant davantage le petit anneau dans lequel glisse la tige de cuivre. L'auteur n'a pas encore eu l'occasion d'appliquer cet appareil sur le malade. REBLAUB.

Osteoplastische Nekrotomie... (Nécrotomies ostéoplastiques avec remarques sur les procédés de nécrotomie employés à la clinique chirurgicale de Kiel), par A. BIER (*Archiv für klinische Chirurgie, XLIII*, 3 *et* 4).

Bier appelle nécrotomie l'opération qui a pour but d'enlever un sequestre osseux, sans sacrifier une partie de l'os. Elle est surtout applicable au tibia, sur lequel on la pratique de la façon suivante : deux incisions transversales, partant de la partie moyenne de la face interne de l'os, se dirigent en dehors et dépassent la crête tibiale d'un travers de doigt. Elles sont réunies, au niveau de leurs extrémités internes, par une ligne verticale. Elles comprennent la peau et le périoste sous-jacent; dans la partie située en dehors de l'os, elles ne sectionnent que l'aponévrose. Dans ces incisions transversales, on insinue une scie, et l'on sectionne l'os à moitié. On sectionne de même l'os le long de l'inci-

sion verticale, à l'aide des ciseaux et du maillet. On a taillé ainsi un lambeau cutanéo-périosto-osseux, lequel, rabattu en dehors, met à nu le canal osseux dans lequel est inclus le séquestre. On l'extrait, on nettoie le foyer de tous les tissus fongueux qui le remplissent, puis on replace le couvercle précédent dans sa situation, et on l'y fixe au moyen de sutures. La cavité, dans laquelle avait séjourné le séquestre, se remplit de sang, ce qui amène presque toujours une légère suppuration. On a essayé, selon le conseil de Senn, de la remplir de pelures d'os; mais celles-ci s'éliminèrent d'une façon constante et n'abrégèrent pas le temps de la guérison.

La nécrotomie ostéoplastique a été pratiquée treize fois; huit fois sur le tibia, une fois sur le bassin, une fois sur le cubitus et trois fois sur le fémur; elle n'est applicable que sur les os qui ne sont recouverts que par une très petite épaisseur des parties molles. REBLAUB.

De l'arthrodèse tibio-tarsienne dans le traitement des pieds bots paralytiques, par SCHWARTZ et RIEFFEL (*Revue d'orthopédie*, 1er *janvier* 1893).

Les conclusions de ce travail où l'on a étudié tout spécialement l'arthrodèse tibio-tarsienne dans son application à la cure du pied-bot varus équin paralytique, sont les suivantes :

Elle doit être faite de préférence par la voie externe qui donne plus de jour, ménage tous les organes importants de la région, ne nécessite pas l'ostéotomie du péroné, et permet, si on découvre des lésions osseuses trop avancées, de changer, séance tenante, le plan opératoire.

Chez les individus atteints de pied ballant, soumis à des travaux pénibles, et chez lesquels le port des appareils, par une raison quelconque, est impossible, l'arthrodèse tibio-tarsienne constitue le traitement de choix.

Elle est encore indiquée dans les pieds-bots paralytiques irréductibles, lorsqu'ils ont résisté à l'emploi des ténotomies multiples et des appareils prothétiques. CART.

Tarsectomie totale. Résultat éloigné, par PONCET (*Revue d'orthopédie*, 1er *juillet* 1892).

Le bilan actuel des résections totales du tarse est d'une dizaine de cas.

Poncet rapporte en détail l'observation d'un homme de vingt et un ans, atteint d'une ostéo-arthrite tuberculeuse envahissante du tarse auquel il pratiqua, dans une série de séances, de janvier 1887 à avril 1890, la tarsectomie totale. En mai 1892, nouvel examen du malade : guérison sans claudication. Le pied droit, réséqué, rend les mêmes services qu'avant la maladie.

CART.

De l'amputation tibio-tarsienne à lambeau dorsal (procédé de Baudens), par PONCET (*Revue d'orthopédie*, 1er *mars* 1893).

Le procédé préconisé par Baudens en 1839, tombé en dessuétude actuellement, peut avoir ses indications dans certaines circonstances. Si, par exemple, les téguments de la face plantaire sont de mauvaise qualité ou insuffisants vaut-il mieux amputer la jambe en un point plus ou

moins rapproché du tiers inférieur ou pratiquer la désarticulation du pied suivant le procédé de Baudens?

Poncet se déclare partisan de cette dernière opération. Outre des détails de technique opératoire, il donne dans cet article deux observations de son service à l'Hôtel-Dieu de Lyon où la mise en pratique de l'amputation tibio-tarsienne à lambeau dorsal a donné d'excellents résultats. Ses conclusions sont les suivantes :

L'amputation tibio-tarsienne d'après le procédé de Baudens trouve son indication dans le cas où la peau du dos du pied étant indemne, les lésions de la face plantaire ne permettent pas d'y tailler un lambeau, remplissant les conditions d'un bon lambeau.

Cette amputation de *nécessité*, qui fournit un moignon à cicatrice postérieure sur lequel l'opéré peut s'appuyer directement et marcher, doit être préférée, toutes les fois qu'elle sera possible, à l'amputation sus-malléotaire. Elle donne un moignon capable de rendre les mêmes services que la désarticulation totale du pied avec lambeau plantaire.

CART.

Nerve injuries... (Lésions nerveuses consécutives aux fractures de l'extrémité supérieure), par DEANESLEY (*Lancet*, 15 *et* 22 *avril* 1893).

1° Fracture des deux os de l'avant-bras, consécutive à une chute sur la main; paralysie du nerf interosseux postérieur et, par suite, de tous les muscles de la région postérieure de l'avant-bras, excepté le long supinateur et le premier radial externe. Un mois après l'accident, les mouvements volontaires ont commencé à reparaître; ils étaient revenus au degré normal au bout d'un mois et demi;

2° Fracture des deux os de l'avant-bras, paralysie du médian. Au bout de trois mois, la motilité volontaire ne reparaissant pas, on découvre le nerf médian, qu'on trouve d'apparence normale; on soumet ce nerf a une légère traction. Les mouvements reparurent lentement : ils n'étaient complets qu'au bout de trois mois;

3° Fracture compliquée de l'humérus, paralysie du médian et du cubital. Deux mois après l'accident, ces deux nerfs sont découverts au milieu du bras, sans qu'on constate de lésion apparente. La motilité reparut d'abord dans le cubital, puis plus lentement dans le médian, et la guérison ne fut guère complète qu'au bout d'un an;

4° Fracture de l'humérus, paralysie du musculo-cutané; le nerf fut libéré d'adhérences qu'il avait contractées avec le périoste, mais au bout de deux ans, la paralysie restait complète, avec perte de l'excitabilité électrique;

5° Séparation de l'extrémité inférieure de l'humérus, paralysie du musculo-cutané. Le massage, l'électricité ont suffi à ramener la contractilité;

6° Semblable à l'observation précédente. MAUBRAC.

I. — Traitement de la coxalgie : valeur de la méthode de l'extension continue, par CALOT (7e *Cong. fr. chir. Bulletin méd.*, 5 *avril* 1893).

II. — Désarticulation de la hanche dans la coxalgie incurable, par MÉNARD (*Ibidem*).

I. — Calot rejette l'extension continue dans le traitement de la coxalgie, car elle supprime la douleur moins sûrement que l'immobilisation absolue et elle est impuissante à corriger les attitudes vicieuses. Il faut obtenir une immobilisation très exacte de la jointure en bonne position, ce qui

ne peut avoir lieu que par un appareil plâtré, très serré, embrassant le thorax, l'abdomen et la totalité du membre inférieur malade.

II. — Ménard termine sa communication par les conclusions suivantes : Le but de cette opération est de préserver la vie des malades à une période où il est démontré que la résection n'a donné aucun résultat favorable. Chez les enfants qu'il a opérés, la hanche suppurait abondamment depuis plusieurs années, malgré plusieurs interventions ; le fémur était atteint d'ostéomyélite sur une grande longueur, les urines étaient albumineuses. A la suite de la désarticulation, l'amélioration a été rapide et la suppuration s'est réduite à une simple fistulette ; il reste à savoir si l'albuminurie est curable. OZENNE.

I. — Contribution à l'étude de l'opération d'Hoffa dans la luxation congénitale de la hanche, basée sur 6 observations personnelles, par KIRMISSON (*Revue d'orthopédie*, 1er *mai* 1893).

II. — Cure opératoire des luxations congénitales de la hanche, par LEJARS (7e *Cong. fr. de chir. Bullet. méd.*, 5 *avril* 1893).

I. — Le traitement des luxations congénitales de la hanche a été jusqu'ici un des plus ingrats de la chirurgie orthopédique. Le procédé opératoire préconisé récemment par Hoffa pour arriver à la réduction par la méthode sanglante fut donc généralement bien accueilli. Kirmisson l'a expérimenté six fois dans son service des Enfants-Assistés en lui faisant subir suivant les circonstances telle ou telle modification.

C'est ainsi qu'après avoir, dans ses deux premières opérations, adopté une incision courbe à convexité postérieure, contournant la tête et le grand trochanter, il a par la suite modifié sa manière de faire en adoptant une section courbe à convexité postérieure, dont une des branches, la supérieure, suit le trajet allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure au grand trochanter, tandis que l'inférieure suit, à partir du grand trochanter, la direction de la diaphyse fémorale. Il réunit ainsi les avantages des incisions postérieures qui permettent la désinsertion facile des muscles trochantériens, désinsertion qui constitue l'un des temps les plus importants de l'opération, avec ceux des incisions antérieures qui conduisent plus directement sur la capsule articulaire.

Il est un point d'anatomie sur lequel Kirmisson n'est point d'accord avec Hoffa, c'est quand il dit que chez l'enfant la région répondant à la cavité cotyloïde est celle où l'os iliaque présente la plus grande épaisseur, de sorte que l'on peut creuser l'os à ce niveau sans crainte de pénétrer dans la cavité pelvienne. En réalité, le point répondant à l'arrière-fond de la cavité cotyloïde est beaucoup plus mince que les bords de cette cavité. Si Hoffa a pensé qu'il en est autrement, c'est évidemment parce qu'il a évidé l'os au niveau du rebord osseux qui limite en haut la cavité cotyloïde, mais, en creusant en ce point, on se condamne fatalement à avoir du raccourcissement, puisque la nouvelle cavité cotyloïde est nécessairement placée au-dessus de l'ancienne. Kirmisson, lui, cherche à faire l'évidement de la cavité cotyloïde aussi profond que possible ; il ne craint même pas de perforer complètement l'arrière-fond de cette cavité dans le but d'avoir une cavité de réception plus profonde qui fournisse à la tête un point d'appui solide et s'oppose à la repro-

duction de la luxation. Si l'opération est pratiquée aseptiquement, la perforation de la cavité cotyloïde ne saurait avoir aucun inconvénient sérieux. L'épaisseur des plans fibreux et musculaires au niveau de l'arrière-fond de la cavité est du reste une garantie contre la blessure du péritoine.

Voici brièvement les résultats obtenus par Kirmisson dans ses 6 interventions :

1. Une mort opératoire par péritonite après fracture esquilleuse du bassin.
2. Un résultat mauvais, la suppuration ayant déterminé une ankylose presque complète de l'articulation.
3. Un résultat médiocre où la tête a glissé sur la cavité cotyloïde nouvellement formée et où persiste un raccourcissement de 4 centimètres (le raccourcissement primitif était de 6 centimètres).
4. Deux interventions trop récentes pour avoir des résultats définitifs qui semblent toutefois devoir être bons.
5. Un résultat très satisfaisant, puisque 14 mois après l'opération la réduction persiste, l'articulation a conservé toute sa mobilité, le raccourcissement ne dépasse pas un centimètre.

En résumé, Kirmisson tient l'opération de Hoffa pour une opération sérieuse sur laquelle on ne pourra porter un jugement définitif avant quelques années CART.

II. — Jeune homme de 17 ans, atteint d'une luxation congénitale qui le rendait entièrement impotent ; l'opération suivante a été appliquée avec succès : Longue incision externe ; détachement de tous les muscles pelvi-trochantériens ; la tête luxée était aplatie, érodée et ramollie ; le cotyle presque comblé n'avait plus de bords. La tête a été sectionnée, le col arrondi, la cavité cotyloïde excavée et la réduction a été faite. Pas de drain ; sutures des différentes parties ; extension continue ; réunion par première intention. Comme traitement consécutif, massage et électrisation ; au bout d'un mois et demi, marche possible qui actuellement (18 mois) est devenue facile et régulière. OZENNE.

Traitement de la luxation congénitale par la méthode sclérogène, par COUDRAY (7e *Cong. fr. chir. et Bulletin méd.*, 3 *mai* 1893).

Fillette de 3 ans atteinte de luxation congénitale postéro-supérieure ; la tête remontait à trois centimètres et demi au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser. L'enfant endormi, la tête fémorale fut abaissée par les manœuvres de Paci et 15 gouttes de chlorure de zinc au 15e furent déposées en six places autour de l'articulation ; formation d'un plastron ostéo-fibreux. Dix-huit jours plus tard nouvelle injection d'une trentaine de gouttes, dont quelques-unes sont introduites volontairement dans la synoviale ; à la suite cinq mois d'extension continue, et depuis un an l'enfant marche assez bien. Le champ de mouvement de la tête est très restreint et le raccourcissement du membre n'est que de un centimètre et demi. OZENNE.

Ein Fall von traumatischer incomplete Luxation... (Un cas de luxation traumatique incomplète du tibia en arrière et de luxation incomplète de la clavicule en avant compliqué de traumatismes divers), par P. SCHRŒTER (*Archiv für klinische Chirurgie*, *XLIV*, 1).

En raison de la rareté du fait, l'auteur rapporte l'observation suivante :

Une jeune fille de 19 ans portait sur ses épaules un sac de trèfle, quand, pour le décharger, on lui arracha le sac en même temps qu'on la poussa en

avant. Elle tomba sur la roue d'une machine à battre le blé, fut entraînée et tournoya plusieurs fois sur elle-même. Elle présenta les lésions suivantes : arrachement du bras gauche, fracture de la cuisse gauche, luxation incomplète du tibia en arrière et luxation incomplète de l'extrémité externe de la clavicule en avant. Malgré toutes ces lésions, la malade guérit, et, bien que la luxation du genou ne fût pas réduite, elle marcha assez bien.

Au point de vue de la pathogénie de la luxation de la clavicule en avant, l'auteur pense qu'en arrachant le sac de trèfle de l'épaule on attirait cette dernière en arrière, pendant que l'impulsion donnée au corps poussait le tronc en avant. REBLAUB.

Des luxations métatarso-phalangiennes du gros orteil et en particulier des luxations irréductibles, par Léon GARNIER (*Thèse de Paris*, nº 159, 1893).

De ce travail appuyé sur des observations cliniques et des recherches anatomiques, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Les luxations métatarso-phalangiennes du gros orteil sont rares (40 cas.) Elles se produisent presque toujours chez des hommes (38 fois sur 40) et, au moins dans les 4/5 des cas, à la suite d'une chute de cheval.

La luxation se produit presque toujours en haut et en arrière (2 fois seulement en bas) ; l'orteil luxé reste parallèle au métatarsien, ou bien il est en extension forcée.

La luxation peut être complète ou incomplète. La luxation complète, la seule qu'on rencontre dans les observations cliniques, est simple, complexe ou compliquée.

Les lésions anatomo-pathologiques sont : la rupture de la gaine du tendon fléchisseur, la rupture du ligament glénoïdien au niveau de ses insertions phalangiennes et des déchirures plus ou moins étendues selon que la luxation est simple, complexe ou compliquée, déchirures portant sur les ligaments latéraux et sur les fibres des muscles sésamoïdiens.

L'irréductibilité est causée par les sésamoïdes passés sur le dos du métatarsien et interposés entre lui et la phalange.

Pour réduire une luxation complète du gros orteil, il faut mettre la phalange en extension, la renverser le plus possible en arrière sur le dos du métatarsien, puis la repousser d'arrière en avant en rasant le dos du métatarsien. On ne doit rabattre la phalange que lorsque la surface articulaire est arrivée sur la tête métatarsienne.

En présence d'une luxation irréductible récente, on pratiquera l'arthrotomie. Le plus souvent, la simple division du ligament glénoïdien, ou l'excision du sésamoïde interne permettra de réduire. Si ces moyens étaient insuffisants, on aurait recours à la résection de la tête du métatarsien.

La résection est surtout indiquée dans les luxations anciennes contre lesquelles tous les autres procédés auront échoué.

Les indications sont les mêmes dans les luxations compliquées de plaie.

On doit repousser dans tous les cas la résection totale du métatarsien et les interventions aveugles telles que l'incision sous-cutanée des ligaments et des tendons. C. WALTHER.

Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par la transplantation d'un lambeau pédiculé emprunté au tronc, par Paul BERGER (7e *Cong. fr. chir. Mercredi méd.*, 12 *avril* 1893).

Les récidives, que l'on observe à la suite des opérations pratiquées pour cette affection, tiennent à la diffusion des lésions intéressant l'aponévrose et les tissus sous-jacents. Si l'on veut obtenir une guérison définitive, il faut extirper tous les tissus malades : aponévrose et tous les prolongements, et, comme la peau, adhérente à l'aponévrose, doit être sacrifiée, on recouvrira la perte de substance par l'autoplastie italienne modifiée. Voici comment Berger règle cette opération :

1er *temps* : Dissection et excision de la peau de toute la moitié cubitale de la face palmaire de la main et, s'il le faut, de la face palmaire des doigts rétractés.

2e *temps* : Section, dissection et excision de l'aponévrose et des tractus, qu'elle envoie aux 4e et 5e doigts, jusqu'à liberté complète de ces derniers.

3e *temps* : Dissection d'un lambeau, délimité d'avance, pris sur l'hypochondre opposé à la main que l'on opère, et pourvu d'un pédicule supérieur; fixation de ce lambeau par une suture soignée au pourtour de la plaie d'avivement.

Le membre est ensuite fixé contre le tronc et maintenu immobile pendant dix-huit jours, époque à laquelle on sectionne le pédicule du lambeau et on libère le membre. Parfois il peut être nécessaire de faire quelques opérations complémentaires. Ce procédé opératoire a donné à Berger trois résultats excellents sans menace de récidive. OZENNE.

Traitement des grands écrasements des membres, par P. RECLUS (*Gazette des hôpitaux*, 9 *février* 1893).

Pour les graves écrasements des membres qui surviennent à la suite des grands traumatismes, Reclus rejette l'amputation immédiate et conseille l'abstention de toute intervention sanglante.

Les arguments sur lesquels il s'appuie sont le péril d'un nouveau choc opératoire dans un organisme déjà ébranlé par un choc traumatique, puis les nécessités de sacrifices énormes, pour être sûr de dépasser le foyer des tissus mortifiés ou inoculés. En ces cas, la pratique de Reclus est la suivante : injection sous-cutanée d'éther, caféine, etc.; lavage à l'eau chaude — 55 à 60 degrés — du foyer traumatique et de ses anfractuosités : hémostase, puis, le foyer est bourré dans chacun de ces diverticules de gaze faiblement iodoformée, ou imprégnée de pommade antiseptique; enfin pansement ouaté avec compression légère. La régularisation, l'intervention s'il y a lieu, ne sera pratiquée que lorsque la détersion sera complète.

Ce mode de traitement appliqué sur deux malades a donné d'excellents résultats, bien supérieurs à une intervention immédiate. MAUBRAC.

Kyste hydatique développé au niveau de la région inguinale dans l'intérieur d'un ganglion, par DUFFAU (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 *juillet* 1892).

Femme d'une trentaine d'années, ayant été antérieurement guérie d'un kyste hydatique du foie, par l'injection de liqueur de van Swieten. Dans

l'aine, tumeur mi-fluctuante, mi-dure, irréductible, mobile et du volume d'une grosse noix. Une ponction avec la seringue de Pravaz donne issue à du pus. Extirpation de la tumeur; en en faisant une coupe, on voit sortir, en même temps que du pus, quatre ou cinq petits kystes à parois transparentes; l'examen du liquide révèle la présence de crochets, et l'examen histologique de la pièce entière démontre qu'il s'agit bien d'un kyste hydatique intra-ganglionnaire. OZENNE.

Ueber Erfolge von Extirpationen hyperplastischer und tuberculöser Lymphomata Colli (Suites de l'extirpation des lymphomes hyperplastiques et tuberculeux du cou), par HÆHL (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XXXV*, 3-4, *p.* 385).

On trouvera dans ce mémoire la relation abrégée de 26 cas de lymphomes hyperplastiques et de 46 cas de lymphomes tuberculeux, puis différents tableaux indiquant ce que sont devenus les opérés. De l'étude de cette statistique, il résulte que ces opérations, exécutées à la clinique du Dr Lücke, à Strasbourg, ont donné de 1880 à 1890, 65 0/0 de guérisons complètes; 13 0/0 de guérisons incomplètes et 22 0/0 de morts. Le nombre total des opérés de Lücke est de 104. Il est remarquable de voir que Haehl a pu retrouver presque tous les malades de la clinique; 30 seulement n'ont pu être suivis.

Le terme lymphome hyperplastique des Allemands correspond à ce que nous appelons en France l'adénite tuberculeuse chronique ou strumeuse et leur lymphome tuberculeux est simplemant notre adénite caséeuse. Or il était très intéressant d'étudier les résultats éloignés de l'extirpation des ganglions ainsi dégénérés : c'est ce qu'à fait Haehl à l'aide de patientes recherches, et c'est ce qui donne à son mémoire un cachet spécial.

Les résultats que nous avons cités montrent que l'opération fournit en somme des guérisons complètes en proportion très notable, et que le succès est plus certain et plus fréquent qu'on ne le pensait jusqu'à ces dernier temps. Par elle-même, l'extirpation sanglante n'offre que peu de dangers; les morts, qui surviennent presque toujours d'une tuberculose généralisée, ne lui sont pas imputables.

Lücke, au cours de ses 104 interventions, n'a eu à enregistrer, comme accident opératoire, que 4 cas de paralysie faciale consécutive à des lésions du nerf; encore, dans deux faits, la paralysie ne fut-elle que passagère. Il est utile d'ajouter que les autres statistiques, citées dans ce travail et qui proviennent des cliniques de Vienne, Bonn, Breslau, sont loin d'être aussi consolantes. MARCEL BAUDOUIN.

I. — Mittheilungen zur Kropfexstirpation, par Julius WOLFF (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 50, *p.* 1289, *n°* 51, *p.* 1316, 12 *et* 19 *décembre* 1892, *et n°* 3, *p.* 75 16 *janvier* 1893).

II. — Discussion de la réunion libre des chirurgiens berlinois (*Idem*, *n°* 3, *p.* 76, 16 *janvier* 1893).

I. — A) *Cause de mort pendant ou immédiatement après l'ablation d'un goître.* — Wolff signale une cause d'asphyxie liée à la thyroïdectomie : c'est l'accumulation dans le pharynx de mucosités amenées de l'estomac par les vomissements dus à l'anesthésique. Cette sorte d'asphyxie doit se présenter plus souvent dans la thyroïdectomie que dans

les autres opérations, parce que, dans le goître, la trachée est, en général, rétrécie.

B) *Sort des restes de goître laissés après extirpation partielle.* — Wolff a pratiqué cinquante-quatre opérations de goître sur lesquelles il a eu six décès (dont le seul cas de thyroïdectomie totale pour un goître parenchymateux de 750 grammes); deux autres opérés sont morts peu de mois après d'une thyroïdectomie unilatérale, à la suite d'une autre maladie.

Deux opérations ont été faites pour des tumeurs thyroïdiennes malignes; quatre pour un goître unilatéral, et six ont consisté en énucléations de kystes solitaires. Enfin Wolff manque de renseignements sur le sort actuel de huit de ses opérés. Les vingt-six opérations restantes comprennent vingt-trois ablations unilatérales et trois ablations unilatérales avec excision d'un tronçon plus ou moins considérable du goître de l'autre côté. La thyroïdectomie a été pratiquée quinze fois pour goître parenchymateux simple, quatre fois pour goître exophtalmique, trois fois pour goîtres compliqués de kystes ou de dégénérescence calcaire, trois fois pour noyaux goîtreux intra-glandulaires et une fois pour goître gélatineux.

Chez les vingt-six malades, l'opération a été suivie pendant des semaines ou des mois, d'une atrophie plus ou moins marquée du goître restant. Vingt-deux fois cette atrophie a été surtout rapide dans les six premières semaines, et quatre fois elle ne s'est effectuée que lentement (un goître exophtalmique, un goître parenchymateux simple et deux cas de noyaux intra-glandulaires). Chez quatorze opérés, dans un laps variable de huit semaines à un an, le thyroïde a repris ses dimensions normales (douze goîtres parenchymateux simples, un goître gélatineux et un cas de noyaux intra-glandulaires). Chez les douze autres opérés dans le même laps de temps, la rétrocession n'a été qu'incomplète (quatre goîtres exophtalmiques, trois goîtres parenchymateux compliqués et deux cas de noyaux intra-glandulaires). Des vingt-six opérés, six ont offert une récidive au bout de quelques années, mais elle n'a causé de troubles que chez deux d'entre eux. Parmi les quatorze cas de rétrocession complète, se trouvent trois récidives survenues huit, sept et quatre ans après une thyroïdectomie unilatérale pour goîtres parenchymateux. Dans le dernier cas, la récidive a eu lieu du côté opéré, dans les deux autres du côté non opéré, mais dans aucun des cas, elle n'a causé de troubles morbides. Parmi les douze cas de rétrocession incomplète, il y a eu aussi trois récidives (deux goîtres exophtalmiques et un goître parenchymateux simple), dont deux suivis de troubles morbides, l'un trois ans (goître parenchymateux), l'autre quatre ans (goître exophtalmique) après l'opération. Parmi les thyroïdectomies partielles non suivies de récidives, il se trouve une opération remontant à sept ans; trois remontent à six ans et sept à cinq ans.

Du fait que toute thyroïdectomie unilatérale, loin d'être suivie d'une hypertrophie compensatrice du côté non opéré du goître, est suivie, au contraire, d'une régression au moins temporaire de ces résidus de goître, Wolff en infère que si la tumeur thyroïdienne produit le rétrécissement de la trachée, la réciproque n'est pas moins vraie, c'est-à-dire que le rétrécissement trachéal une fois produit entraîne une turgescence permanente du goître.

Le rétrécissement trachéal résultant de l'adhérence de la capsule d'enveloppe à la trachée qu'elle étrangle à la façon d'un lien constricteur, on ne peut faire cesser la turgescence du goître qui en est la conséquence qu'en sectionnant ce lien constricteur, c'est-à-dire en isolant la capsule du goître de la trachée sur toute la longueur et sur une plus ou moins grande largeur des adhérences. Si cette hypothèse est juste, elle conduit à faire abstraction de toutes les opérations qui ne permettent pas de libérer la trachée du lien qui l'étrangle et entretient la turgescence du reste du goître. Tels sont l'évidement de Kocher (*R. S. M.*, VIII, 756; XIV, 729), l'énucléation des noyaux intra-glandulaires de Socin (*R. S. M.*, XXIX, 241), la ligature des vaisseaux afférents de Woelfler (*R. S. M.*, XXIX, 241) et l'excision de fragments de goître après semblable ligature de Hahn (*R. S. M.*, XXXI, 638).

C) *Méthode opératoire de l'auteur* (extirpation intracapsulaire avec compression méthodique de la plaie).

II. — Sonnenburg, Israel, Hahn contestent les uns la supériorité, les autres l'originalité de l'opération de Wolff que celui-ci s'efforce de faire ressortir. (*R. S. M.*, XXVI, 707; XXXI, 638.) J. B.

Deux cas d'autoplastie de la face après ablation de cancer, par SCHIMMELBUSCH (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 50, *p.* 1287, 12 *décembre* 1892).

1er *cas.* — Homme de 68 ans chez lequel l'affection avait débuté 7 ans auparavant à la commissure labiale gauche. Le cancer avait envahi la muqueuse génienne, la plus grande partie de la joue gauche et s'étendait en arrière jusqu'à l'amygdale et à l'arcade dentaire inférieure. L'ablation des parties malades produisit une perte de substance embrassant la totalité de la joue et à la partie inférieure de laquelle était visible le maxillaire inférieur dont il avait fallu détacher le bord alvéolaire et les dents. Pour la combler, on tailla, sur le cou, un lambeau pédiculé, de cinq doigts de largeur, ayant sa base en arrière de l'oreille et son sommet au-dessus de la clavicule gauche. Ce lambeau fut relevé, sa face cutanée tournée vers l'intérieur de la bouche et on le fixa aux lèvres, à la mâchoire supérieure et à la muqueuse du plancher de la bouche. Sur ce premier lambeau destiné à remplacer la muqueuse buccale, on en appliqua un second remplaçant la peau de la joue. Ce lambeau fut pris sur le cuir chevelu ; il avait même largeur que le précédent, avait sa base sur l'arcade zygomatique et son sommet dépassant le sinciput. On le rabattit, sans le sectionner, de même que le précédent. Au bout de quatre semaines, on coupa le point d'attache de ces lambeaux. La perte de substance du crâne résultant de l'emprunt du lambeau a été comblée par des greffes, celle du cou par glissement de la peau. Le malade ouvre parfaitement la bouche et sa joue restaurée se trouve intentionnellement poilue, parce que cet homme portait toute sa barbe que le cancer avait détruite du côté réparé à l'aide du cuir chevelu.

Chez le 2e *opéré*, le cancer avait commencé par le front et acquis en 7 ans une énorme extension, détruisant la partie supérieure du nez, envahissant l'œil gauche et le frontal, mettant la dure-mère à nu. On dut enlever la partie supérieure du nez, sacrifier l'œil, exciser une grande partie de la peau du front et l'os malade. Le temps le plus délicat de l'opération fut l'ablation de 1 1/2 pouce de dure-mère envahie, précisément au niveau du sinus frontal. Pour combler les dégâts, on prit deux lambeaux, l'un sur le crâne, l'autre sur la joue et la tempe. Les lambeaux sont appliqués immédiatement sur le cerveau et soulevés par ses battements. L'opéré resta trois ans sans récidive.

Mais, il y a trois semaines, le cancer reparut à la racine du nez et gagna promptement en arrière l'ethmoïde. Il a fallu enlever la partie supérieure du nez, les sinus frontaux et une grande partie de l'ethmoïde ; le sinus maxillaire a été ouvert. Comme il n'était pas possible de prendre sur la face de quoi combler les pertes de substance, on eut recours à la méthode autoplastique de Tagliacozza : durant douze jours, le bras de l'opéré fut maintenu contre sa tête à l'aide d'un bandage plâtré; après ce temps, on sectionna le pédicule du lambeau. Le malade était à bout de patience et, dans son désespoir, priait qu'on le tuât. J. B.

Ein Beitrag zur Kenntniss der subpleurale Lipome (Contribution à l'étude des lipomes sous-pleuraux), par C. GUSSENBAUER (*Archiv für klinische Chirurgie, XLIII*, 3 *et* 4).

Les lipomes sous-pleuraux constituent une affection extrêmement rare, dont la science n'a enregistré que quelques exemples. Gussenbauer a observé et opéré le cas suivant :

Il s'agit d'une dame de 42 ans, qui, depuis trois ans, portait dans la région mammaire gauche une tumeur qui avait peu à peu augmenté de volume. Cette tumeur, du volume du poing, siégeait sous le muscle grand pectoral qu'elle repoussait en avant ainsi que la glande mammaire; elle en était tout à fait indépendante. Elle avait une consistance molle et était manifestement lobulée. Elle était en partie mobile sur le plan osseux profond, mais paraissait adhérer à la paroi thoracique par un pédicule qui correspondait au deuxième espace intercostal. Gussenbauer porta le diagnostic de lipome sous-pleural, ce qui fut vérifié par l'opération. Il trouve en effet une tumeur composée d'une portion intra-thoracique et d'une portion extra-thoracique communiquant entre elles par un pédicule assez épais, qui traversait le deuxième espace intercostal. La portion extra-thoracique était recouverte d'une capsule qui n'était autre que le fascia sous-pleural refoulé par la tumeur ; le deuxième espace intercostal était très élargi, ce qui permit d'enlever le lipome en totalité sans faire de résection costale. La portion thoracique refoulait le cœur et le poumon. Les suites opératoires furent simples. REBLAUB.

I. — Das Fibroadenom der Mamma, par C. SCHIMMELBUSCH (*Archiv für klinische Chirurgie, XLIV*, 1).

II. — Cystadenom der Mamma (L'adénome kystique de la mamelle), par C. SCHIMMELBUSCH (*Archiv für klinische Chirurgie, XLIV*, 1).

I. — Schimmelbusch a réuni et soumis à l'examen histologique toutes les tumeurs du sein opérées dans ces dernières années à la clinique de Bergmann. Il a recueilli ainsi 37 cas de fibro-adénomes, et sous ce nom il comprend les tumeurs caractérisées histologiquement par un mélange d'éléments épithéliaux, qui offrent le type de l'épithélium glandulaire de la mamelle, et d'un tissu conjonctif plus ou moins dense, interposé en amas plus ou moins considérables entre les éléments épithéliaux. Cette variété comprend la presque totalité des tumeurs bénignes du sein. Elle est caractérisée cliniquement par son encapsulement, sa mobilité sur les parties profondes et son indépendance absolue de la peau. Son volume est extrêmement variable; sa forme est plutôt arrondie, parfois lobulée; sa consistance est en générale dure, parfois cartilagineuse. Elle est en général indolore et se rencontre de préférence chez les femmes jeunes. — A l'état frais les fibro-adénomes ont une

coloration grisâtre, aussi bien à la surface que sur la coupe. Celle-ci donne en général une surface lisse, mais parfois on reconnaît aisément un aspect lobulé, souvent très accentué; de là des aspects particuliers auxquels les auteurs ont donné des noms particuliers. C'est en effet dans les fibro-adnomes qu'il faut ranger le cysto-sarcome phylloïde de Müller, le myxome intra-canaliculaire de Virchow, le sarcome séro-kystique de Brodie, les kystes glandulaires prolifères de Paget et les hydatides celluleuses d'Astley Cooper. — Au point de vue histologique ce ne sont pas des fibromes purs, lesquels ne paraissent pas exister dans la mamelle; ce sont essentiellement des adénomes, dans lesquels les proportions de tissu glandulaire et de tissu conjonctif peuvent être entièrement variables. — Ces tumeurs sont essentiellement bénignes, ne récidivant jamais et ne donnant lieu à aucune métastase. Elles doivent être soigneusement séparées des sarcomes vrais kystiques qui, au point de vue clinique, peuvent présenter de grandes ressemblances avec les fibro-adénomes. — Le seul traitement qui convienne, c'est l'extirpation.

II. — L'affection que Schimmelbusch décrit sous le nom d'adénome kystique de la mamelle n'est autre que la maladie kystique des mamelles de Reclus. Il en a observé 6 cas à la clinique de Bergmann et en a profité pour faire une étude histologique détaillée. Les résultats qu'il a obtenus ne diffèrent pas de ceux qui ont été rapportés jadis par Brissaud, puisque pour lui également il s'agissait d'une prolifération épithéliale avec dégénérescence des épithéliums aboutissant à la formation de kystes. Le tissu conjonctif interglandulaire ne présenterait pas trace de lésions inflammatoires; celles qu'on peut y rencontrer seraient plutôt de nature dégénérative. En somme, pour l'auteur comme pour Reclus, cette affection mérite bien une place à part dans le cadre nosologique, et cette place lui est assurée non seulement par ses caractères cliniques spéciaux mais encore par ses caractères histologiques. REBLAUB.

Die Geschwülste der Speicheldrüsen und verwandte Tumoren des Kopfes (Des tumeurs des glandes salivaires et des tumeurs analogues de la tête), par D. NASSE (*Archiv für klinische Chirurgie*, *XLIV*, 2).

Nasse fait observer tout d'abord combien sont encore variables les opinions des auteurs sur la nature et la pathogénie des tumeurs des glandes salivaires, les uns affirmant encore leur origine épithéliale, les autres les considérant plutôt comme ayant leur point de départ dans le tissu conjonctif. Il a eu l'occasion d'étudier 46 cas de tumeurs de cette nature.

Cette série comprend tout d'abord 4 adénomes de la parotide. Ces derniers avaient tous une structure plus ou moins lobulée, analogue à celle de la glande elle-même; ils sont entourés d'une capsule conjonctive; ils adhèrent intimement à la parotide, de telle sorte qu'il est impossible de les extirper totalement sans entamer la glande elle-même. Les différents lobes sont subdivisés eux-mêmes en lobes plus petits par des travées conjonctives. On y trouve ça et là de petites cavités kystiques résultant de la confluence et de la réunion d'un certain nombre d'alvéoles; ces kystes sont remplis de détritus cellulaires et de cholestérine; on y trouve parfois aussi des pigments sanguins résultant d'hémorragies dans la cavité alvéolaire. Au point de vue histologique ces tumeurs ont la même structure que la glande elle-même.

Dans les 4 cas de tumeurs malignes de la parotide, rapportés par l'auteur, il s'agit une fois d'un sarcome globo-cellulaire récidivé, adhérant à la peau, une autre fois d'une tumeur de nature douteuse, soit d'un sarcome alvéolaire, soit d'un carcinome ramolli extrêmement riche en éléments cellulaires; enfin dans les deux derniers cas on avait affaire incontestablement à des carcinomes de la glande, sans limites précises et ayant envahi les ganglions lymphatiques.

Le contingent le plus considérable de cette série est fourni par les tumeurs bénignes de la région parotidienne, au nombre de 25, auxquelles l'auteur ajoute, comme appartenant au même cadre, 3 tumeurs de la glande sous-maxillaire, une tumeur sous-muqueuse de la branche montante du maxillaire inférieur, deux tumeurs de la lèvre inférieure et une tumeur de la région sourcilière. Ces tumeurs ont toutes comme caractère d'être bénignes, ce qui ne veut pas dire qu'elles ne soient pas susceptibles de récidiver. Au point de vue histologique elles peuvent être des chondromes, des myxomes, des myxo-chondromes, des fibromes, des fibro-sarcomes, des angio-sarcomes, des cylindromes, des endothéliomes, et d'une façon générale des tumeurs dites mixtes. Ces tumeurs sont en général nettement délimitées, sont lâchement unies au tissu de la glande, ce qui permet de les enucléer facilement. C'est précisément à cause de cette indépendance et aussi à cause de ce fait, que ces mêmes tumeurs se rencontrent en d'autres points de la face, que l'auteur admet une origine endothéliale et non glandulaire.

Le mémoire se termine par la relation de 6 cas de tumeurs des parties molles de la tête et de la face, toutes bénignes, sauf une, et qui avaient leur point de départ dans les glandes pilo-sébacées de la peau. REBLAUB.

Die Behandlung der Verbrennungen mit Thiol (Traitement des brûlures par le thiol), par A. BIDDER (*Archiv für klinische Chirurgie, XLII*, 3 *et* 4).

Le thiol, que l'on trouve dans le commerce à l'état liquide et à l'état de poudre, a une action réductrice, siccative, vaso-constrictive, calmante, antiseptique et, de plus, n'irrite pas les téguments. Ces qualités le rendent éminemment propre aux pansements des brûlures. Dans les brûlures du premier et du second degré, il suffit de badigeonner le point lésé avec du thiol liquide coupé de moitié d'eau et de le recouvrir d'une épaisse couche d'ouate. Sous ce pansement, la douleur disparaît, le contenu des phlyctènes se résorbe, la plaie se dessèche, et la cicatrisation se fait rapidement. Si la plaie est déjà infectée, il faut, au préalable, faire une désinfection soignée au sublimé, puis on applique le même pansement. Dans les brûlures du troisième degré, il faut employer le thiol en poudre, soit pur, soit mélangé à de l'acide borique ou de l'acide salicylique; c'est dans ces cas surtout qu'il est précieux comme calmant.

REBLAUB.

Des kystes dermoïdes et des fistules congénitales de la région sacro-coccygienne, par Charles HANSEN. (*Thèse de Paris*, *n°* 703, 1893).

C'est surtout de 15 à 25 ans que se révèlent ces kystes, ces fistules d'origine congénitale de la région sacro-coccygienne.

Ils sont le siège de phénomènes inflammatoires, produisent des abcès à répétition puis des fistules purulentes intarissables.

En présence d'une tumeur, d'un abcès, ou d'une fistule de la région sacro-coccygienne, il faut toujours songer aux affections congénitales et faire un examen attentif pour établir le diagnostic; de ce diagnostic en effet découle le traitement, car l'extirpation complète au bistouri de la poche ou du trajet fistuleux est le seul procédé qui assure la guérison.

C. WALTHER.

OPHTALMOLOGIE.

Eléments d'ophtalmologie à l'usage des médecins praticiens, par GAYET (*Paris*, 1893).

Il ne s'agit point ici d'un manuel d'ophtalmologie, mais d'un recueil clinique de ce qu'il est indispensable que les praticiens sachent dans un art qui, grâce à ses méthodes si précises et à ses dogmes si certains, mérite de sortir du cercle des adeptes pour se répandre dans le domaine public. En vingt-cinq leçons, l'auteur étudie les maladies les plus importantes des paupières, de la conjonctive et de la cornée.

A signaler surtout les deux premières leçons, dans lesquelles le professeur de Lyon montre, d'une façon très originale, d'abord que la clinique ophtalmologique peut servir d'introduction aux études de clinique générale; ensuite, il indique la marche à suivre dans l'examen des maladies oculaires; il invite surtout les débutants en médecine à commencer par l'étude de l'ophtalmologie, plutôt que par celle de la médecine ou de la chirurgie proprement dites. Une bibliographie restreinte mais suffisante a été placée à la suite de chaque chapitre, et complète ce livre éminemment utile et pratique, qui sera suivi, il faut l'espérer, d'autres semblables sortis de la même plume autorisée. ROHMER.

Contribution à l'étude de l'appareil de la vision chez les dégénérés, par GOTTELAND (*Thèse de Paris*, 1893).

1° Chez les dégénérés héréditaires, il existe dans l'appareil psychosensoriel de la vue de nombreuses malformations, qui sont des vices d'évolution ou des arrêts de développement. Ces malformations semblent être la manifestation extérieure d'une imperfection des centres correspondants.

2° Des troubles fonctionnels de la vue se rencontrent fréquemment dans les délires polymorphes des dégénérés. Ce sont des illusions, des interprétations délirantes, des hallucinations. Ces hallucinations ont des caractères particuliers qui permettent de les distinguer de celles que que l'on rencontre dans les autres psychoses ou les intoxications. Elles sont en harmonie avec le caractère des idées délirantes, quelquefois elles semblent influer sur elles et même les provoquer.

3° Certains symptômes épisodiques sont sous la dépendance d'un trouble fonctionnel de l'appareil psycho-sensoriel de la vue. ROHMER.

Recherches sur la relation entre la courbure de la sclérotique et celle de la cornée dans le méridien horizontal, par Barbara **BURBU** (*Rev. gén. d'opht.*, *février* 1893).

La forme de la cornée est aujourd'hui bien connue, grâce à l'ophtalmométrie clinique. Les recherches sur la forme de la sclérotique sont peu nombreuses (Prouff, Graefe, Martin, Meyer). L'auteur s'est proposé de rechercher si la sclérotique possède aussi une forme asymétrique ; si la forme de la sclérotique répond à celle de la cornée, et jusqu'à quel point ; il s'est servi, pour cela, de l'instrument de Meyer, qui permet d'obtenir les courbes de section dans différents plans de la sclérotique. L'auteur a mesuré 100 yeux dont 80 atteints d'astigmatisme physiologique et 20 d'astigmatisme pathologique fort ou moyen. Sur les yeux à astigmatisme physiologique, les recherches ont démontré que le côté temporal de la sclérotique a une courbure plus prononcée que le côté nasal dans le méridien horizontal; il en a été de même dans la seconde série de cas. L'auteur conclut que : 1) l'aplatissement plus fort du côté nasal de la sclérotique dans le méridien horizontal s'est montré régulièrement (à l'exception de 7 yeux sur 100) ; 2) le degré d'aplatissement varie peu dans les yeux emmétropes; chez les astigmates il paraît augmenter avec le degré de l'astigmatisme; 3) les rayons de l'œil droit sont en général un peu plus longs (de 0,1^{mm} en moyenne) que les rayons de l'œil gauche. ROHMER.

Du vertige oculaire et du mal de mer, par **HIMELY** (*Thèse de Paris*, 1893).

L'appareil accommodateur de l'œil normal ne peut transmettre à la rétine l'image nette que d'un seul objet à la fois ou d'un groupe seulement d'objets, s'ils sont placés à une certaine distance de l'œil, et les images des objets voisins ne se forment pas d'une façon nette sur la rétine.

L'accommodation pour des points placés à des distances diverses de l'œil se fait successivement, mais si nous voulons voir rapidement une série de points placés à des distances variables et variantes de l'œil, ces images deviennent floues, non seulement à cause de la lenteur relative de l'accommodation, mais aussi à cause de la persistance des impressions lumineuses.

Dans ces conditions, il survient un trouble de la perception des images visuelles qui a pour effet de produire le vertige oculaire.

Le vertige oculaire est une des causes les plus fréquentes mais non la cause unique du mal de mer. En effet, les circonstances dans lesquelles se trouve un individu à bord d'un navire sont identiques à celles dans lesquelles nous avons pu constater des productions du vertige oculaire. Mais d'autre part, un grand nombre d'autres facteurs entrent en jeu pour produire le mal de mer, qui n'est pas un symptôme unique, mais un syndrome compliqué. ROHMER.

Influence de l'orbiculaire des paupières sur la réfraction de l'œil, par FÉVRIER (*Ann. d'ocul.*, *CIX*, *février* 1893).

D'après l'auteur, les faisceaux palpébraux du muscle orbiculaire exercent par leur contraction une pression indubitable sur la masse totale du globe de l'œil. Cette pression a pour effet secondaire de raccourcir le diamètre antéro-postérieur; de plus, agissant spécialement à la partie supérieure et inférieure de la cornée, il en résultera une exagération de courbure de son méridien vertical, ce qui amènera la constitution d'un astigmatisme dont les méridiens principaux seront l'un vertical, l'autre horizontal, ou très voisins de ces positions, et qui, dans la plupart des cas, se sera substitué à un astigmatisme préexistant dont les méridiens principaux étaient obliques. Cette pression qui peut ainsi, quand elle est augmentée volontairement, corriger dans une certaine mesure l'astigmatisme d'un sujet et par suite sa réfraction, explique, d'après Février, pourquoi les astimagtes et les myopes font si souvent usage du clignement des paupières. ROHMER.

Beitrag zur operativen Behandlung des Strabismus dorsum vergens (Contribution au traitement opératoire du strabisme vertical), par van MILLIGEN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *novembre* 1893).

Il s'agit d'un strabisme vertical alternant, datant de la première enfance. Quand l'œil gauche fixe, l'œil droit est dévié d'environ 45° en bas, tandis que pendant la fixation par l'œil droit, l'œil gauche est dévié de 55° en haut. L'avancement du droit supérieur droit et du droit inférieur gauche combiné à la ténotomie du supérieur gauche et de l'inférieur droit corrigeait le strabisme. Malgré l'acuité presque égale des deux yeux la vision binoculaire ne s'institua pas. ROHMER.

La théorie du strabisme de Hansen-Grut, par TSCHERNING (*Ann. d'oculist.*, *CIX*, *janvier* 1893).

Hansen-Grut désigne sous le nom d'*équilibre anatomique* la position que les yeux prendraient s'ils n'étaient exposés qu'à des influences purement mécaniques; ce serait très probablement la divergence. La position d'*équilibre fonctionnel* est celle que prennent les yeux dans la vision éloignée, et la force qui retient les yeux dans cette position en les empêchant de prendre la position d'équilibre anatomique, c'est l'habitude. D'après ce dernier, le strabisme convergent est dû à ce que les yeux ont pris une position d'équilibre fonctionnel inusitée, tandis que le strabisme divergent résulte de ce que la position d'équilibre fonctionnel ne s'est pas réalisée, les yeux se trouvant dans leur position d'équilibre anatomique. Aucune de ces deux formes de strabisme n'est due à une anomalie des muscles. ROHMER.

Contribution à l'étude de l'amblyopie dans le strabisme convergent, par LEWUILLON (*Ann. d'oculist.*, *CIX*, *janvier* 1893).

Contrairement aux opinions généralement admises, l'auteur pense que, loin d'être la cause, l'amblyopie, est au contraire, consécutive à la déviation; elle est due à l'inactivité, au défaut d'usage qui a mis l'appareil visuel dans un état de torpeur. L'amblyopie n'arrive qu'après la dévia-

tion, et l'acuité visuelle est très souvent récupérée avec facilité chez les individus opérés de strabisme.

Les exercices constituent le moyen par excellence pour la correction de l'amblyopie; on peut y ajouter la strychnine et l'électricité. ROHMER.

Le traitement du strabisme, par H. PARINAUD (*Congrès de la Soc. fr. d'opht.*, 1893).

D'après Parinaud, si l'on veut établir un traitement rationnel du strabisme, il faut avant tout se faire une idée exacte de sa nature, il faut distinguer les causes initiales du strabisme des modifications secondaires.

Le strabisme au début n'est pas un trouble musculaire, mais un trouble de l'innervation de convergence. Toutes les causes du strabisme agissent en modifiant l'innervation de convergence. Ces causes sont de deux ordres, cérébrales et oculaires. Les causes oculaires, de beaucoup les plus importantes, comprennent surtout les vices de réfraction et d'une manière générale tout ce qui altère l'acuité visuelle ou gêne la vision binoculaire, surtout dans la première enfance.

La convergence dans l'état normal est déterminée par deux facteurs essentiels, l'accommodation et le fusionnement. Les causes oculaires du strabisme agissent par ces deux intermédiaires. En vertu des relations physiologiques qui unissent ces trois actes de la vision binoculaire, *la convergence*, *l'accommodation*, *le fusionnement*, l'altération de l'un d'eux peut réagir sur le développement des autres et sur l'appareil tout entier.

Lorsque le strabisme est fixe, *les modifications secondaires* se produisent tôt ou tard, elles portent sur l'appareil moteur et sur l'appareil sensoriel de vision binoculaire.

On se trouve donc en présence de six facteurs pathologiques qui ont provoqué la déviation, qui l'entretiennent ou qui s'opposent au rétablissement de la vision binoculaire, ce sont : 1° l'influence de l'accommodation par excès ou par défaut ; 2° l'influence du défaut de fusionnement ; 3° l'altération plus ou moins définitive de l'innervation de convergence ; 4° la rétraction de l'aponévrose fibreuse ; 5° les modifications secondaires des muscles ; 6° les modifications de l'appareil sensoriel.

Le traitement du strabisme se divise en traitement optique et en traitement chirurgical.

Le traitement optique ou fonctionnel ne s'adresse qu'aux causes initiales du strabisme et il combat leur influence par les mêmes intermédiaires, l'accommodation et le fusionnement.

Les moyens qui agissent par l'intermédiaire de l'accommodation sont les verres sphériques et l'atropine.

Les procédés qui s'adressent au fusionnement agissent de deux manières, en facilitant et en sollicitant artificiellement le fusionnement binoculaire. Les altérations anatomiques plus ou moins définitives de l'appareil visuel rendent ces exercices souvent inefficaces.

Le traitement chirurgical du strabisme comprend quatre espèces d'opérations : 1° La *ténotomie* qui n'agit pas comme on l'admet en remédiant mécaniquement au raccourcissement du muscle par le reculement de son insertion, mais qui rémédie le plus souvent à un

simple trouble nerveux et agit en affaiblissant le muscle dont on recule l'insertion. La ténotomie ne s'adresse donc pas directement à la cause de la déviation qui siège dans le cerveau, d'où la difficulté du dosage exact de l'opération, d'où la difficulté de calculer ses conséquences éloignées. Cette difficulté est d'autant plus grande que le trouble nerveux auquel on s'adresse se modifiera avec le temps. L'excès d'innervation de convergence qui caractérise le strabisme convergent au début peut être remplacé plus tard par l'abolition complète de cette même innervation amenant le redressement spontané des yeux quand les rétractions fibro-tendineuses n'ont pas eu le temps de se produire.

La ténotomie par *avancement musculaire* agit d'une manière analogue. Il est d'autant plus indiqué d'agir sur la capsule que c'est par son intermédiaire que la nouvelle insertion s'établit.

L'*avancement capsulaire* agissait en raccourcissant l'insertion ténonienne ou indirecte du muscle. Parinaud place les deux sutures sans y comprendre le muscle. Ce sont des ligatures capsulaires proprement dites.

Dans le *débridement capsulaire* proposé par Parinaud, après avoir découvert le muscle par la section des adhérences prémusculaires jusqu'au voisinage de la caroncule, on débride la capsule en haut et en bas perpendiculairement au muscle dont on respecte l'insertion ; puis on applique deux ligatures capsulaires au niveau de l'antagoniste. Dans les vieux strabismes où la ténotomie donne parfois si peu de chose, on peut, par cette opération obtenir un redressement de 30° et même davantage, ce qui démontre le rôle de la rétraction de la capsule.

Dans un dernier chapitre, Parinaud étudie *les indications dans le traitement du strabisme*. Il ne suffit pas de reconnaître nos ressources thérapeutiques, il faut savoir en faire un usage judicieux. Les indications sont différentes dans le strabisme convergent et le strabisme divergent. Le traitement optique donne de bons résultats dans le strabisme convergent. Il faut demander d'autant moins au traitement chirurgical que le sujet est plus jeune et le strabisme moins ancien. Le strabisme divergent, même de faible degré, nécessite toujours une opération. L'effet opératoire est toujours moindre dans le strabisme divergent, pour des raisons qui s'expliquent naturellement par la nature du strabisme. A. C.

A discussion on miner's nystagmus, par H. BELL (*Brit. med. j., p.* 834 15 *octobre* 1892).

Une importante discussion vient d'avoir lieu au Congrès de Nottingham sur le nystagmus des mineurs. Il diffère des variétés communes du nystagmus, en ce qu'il se montre comme une affection primitive, et non comme une suite d'autres lésions cérébrales ou oculaires. Il correspond à une vision normale ; les milieux dioptriques sont transparents, il n'y a aucune anomalie du fond de l'œil. Les mouvements sont toujours accrus quand le malade regarde en haut ; ils diminuent quand il regarde en bas, ou qu'il remue la tête, ou encore quand il n'est pas bien éclairé.

Cocking signale un fait de nystagmus coïncidant, chez un mineur, avec un double torticolis spasmodique, qu'il explique par l'excessif travail des muscles du cou chez les mineurs.

J. Court insiste sur l'influence néfaste d'une lumière insuffisante. Les lampes de sûreté, sous ce rapport, sont très défectueuses, et les mineurs qui peuvent travailler à la chandelle fournissent une proportion beaucoup moindre de sujets atteints de nystagmus que les autres.

Bendelack Hewetson incrimine surtout la mauvaise position des mineurs qui travaillent couchés sur le côté et qui regardent toujours obliquement. L'hérédité nerveuse joue également un rôle.

C'est également l'opinion de *Simeon Snell*, qui regarde comme la principale cause du nystagmus les efforts répétés dans une position anormale : les conditions d'éclairage ne viendraient qu'en second ordre. Au contraire, *Tatham Thompson* donne à cette dernière cause la prépondérance, et fait remarquer qu'avant l'introduction de la lampe de Davy le nystagmus était inconnu dans les mines. H. R.

Du ptosis et de son traitement chirurgical, par J. BRUN (*Thèse de Paris*, 1892).

Après avoir traité l'historique de la question, l'auteur décrit un procédé opératoire du ptosis, dû à Gillet de Grandmont.

Après avoir saisi la paupière supérieure dans la pince de Snellen, on incise la peau parallèlement au bord libre de la paupière, à une distance de 3 à 4 millimètres, et dans une longueur d'environ 2 centimètres 1/2.

On soulève les deux lambeaux cutanés, on détache et on excise dans la portion correspondante, le muscle orbiculaire, de façon à mettre à nu la totalité du cartilage tarse, presque depuis le bord ciliaire jusque et y compris le muscle orbito-palpébral de Sappey, vulgairement désigné sous le nom de tendon de l'élévateur.

On incise toute l'épaisseur du cartilage tarse dans une étendue de 2 centimètres environ, parallèlement au bord libre de la paupière, à une distance de 2 à 4 millimètres de ce bord.

On décrit une incision curviligne à concavité inférieure allant d'une extrémité de la première incision du cartilage à l'autre extrémité. Cette incision doit occuper toute l'épaisseur des téguments, de telle façon que le lambeau doit être égal à l'estimation faite de la valeur du ptosis.

On suture à l'aide de trois points de catgut OO, le lambeau supérieur ou orbito-palpébral avec le lambeau inférieur ou tarsal, sans toucher à la peau. Il est entendu que la ligature des fils n'est faite que lorsqu'on a relâché la pression de la pince.

De la peau on n'a pas à s'occuper, le rapprochement est tel, qu'immédiatement après l'opération, on n'aperçoit qu'un pli cutané correspondant au pli palpébral naturel.

Les observations publiées à la suite de ce travail semblent assez favorables comme résultats opératoire et fonctionnel. ROHMER.

Pigmentnævus des Augenlides mit beginnender sarcomatösen Degeneration (Nævus pigmentaire de la paupière avec commencement de dégénérescence sarcomateuse), par HOHENBERGER (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XXXVIII*, 2).

Il s'agit d'un cas de nœvus pigmentaire très étendu des deux paupières de l'œil gauche chez une jeune fille de 26 ans. Le bord de la paupière inférieure était occupé par 13 protubérances coniques, et vers l'angle interne existait une excroissance plus grande et arrondie de la grosseur d'un pois et de couleur bleu-rougeâtre foncé. Chute complète de la paupière supérieure. On

excisa la production qu'on prit pour un nævus pigmentaire ayant subi la dégénérescence sarcomateuse, et on refit la paupière avec des lambeaux pris sur le front et la joue. Douze ans après, il n'y avait ni récidive, ni métastase.

ROHMER.

Zwei Fälle von bilateraler Gangraen der Lidhaut (Deux cas de gangrène bilatérale des paupières), par MITVALSKY (*Klin. Monatsbl. f. Augenh., janvier* 1892).

L'érysipèle, si fréquent à la face, se cantonne facilement aux paupières; les coccus de l'érysipèle provoquent facilement de la suppuration, qui, aux paupières en particulier, devient facilement phlegmoneuse, et peut même aller jusqu'à la gangrène. La structure anatomique des paupières donne l'explication du fait; en particulier, la laxité du tissu cellulaire sous-cutané garni d'espaces lymphatiques en grand nombre, dans lesquels les microbes, partant du chorion très mince, se répandent facilement, et provoquent la gangrène à cause de la minceur du chorion et de la ténuité des artérioles des paupières. L'auteur cite deux cas dans lesquels l'érysipèle s'est transmis a un œil par continuité de la face, à l'œil par métastase, autrement dit par la circulation. ROHMER.

Kyste congénital de la paupière avec microphthalmos, par GALLEMAERTS (*Rev. gén. d'opht., mars* 1883).

D'après l'examen histologique du kyste extirpé de la paupière inférieure, l'auteur montre que la paroi interne du kyste est formée par la rétine dégénérée, mais facilement reconnaissable par ses éléments; un cordon rattachant le kyste à l'œil microphthalme montre bien qu'il tient son origine de l'organe mal formé. Ce que Gallemaerts démontre encore par l'étude embryologique de l'œil, et par la coïncidence d'autres malformations congénitales, telles que bec-de-lièvre, et amincissement de la peau au niveau de la fontanelle antérieure. ROHMER.

Zur Behandlung der Thränenschlauch-Atresie der Neugeborenen (Traitement des sténoses lacrymales chez les nouveau-nés), par PETERS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., novembre* 1892).

L'auteur en réponse aux objections faites par plusieurs auteurs, reprend et complète un travail publié en 1891 (*Klin. Monasts.* nov.) dans lequel il démontre que dans beaucoup d'affections des voies lacrymales chez les nouveau-nés, il ne s'agit pas d'une lésion de la muqueuse, mais d'une atrésie du canal nasal provoquant la rétention des produits secrétés. Comme cette atrésie peut disparaître spontanément en plus ou moins de temps, il est inutile de recourir systématiquement au cathétérisme; la simple expression du sac peut suffire. Si la persistance du mal force à cathétériser, cette opération n'aura besoin d'être entreprise qu'une ou deux fois, étant donné que cela suffit pour perforer la membrane cause de l'atrésie. L'auteur se sert de la sonde de Bowmann n° 1. ROHMER.

Sur le traitement du mucocèle et de la dacryocystite par le raclage du sac, par REDOUTE (*Thèse de Paris*, 1893).

Dès que le traitement classique des mucocèles et des dacryocystites

menace de s'éterniser, on doit avoir recours à un procédé plus radical. Parmi ceux que l'auteur a étudiés, le plus simple et le plus efficace est celui du raclage avec réunion de la plaie. S'il venait à échouer, il faudrait avoir recours aux procédés de destruction du sac. ROHMER.

Des kystes séreux de la conjonctive bulbaire et spécialement d'une variété appelée kystes lymphatiques, par DELECREUILLERIE (*Thèse de Paris*, 1892).

Les kystes séreux et lymphatiques forment chacun une entité spéciale, basée sur la pathogénie, la symptomatologie, et la marche de l'affection. Les kystes séreux proprement dits, auraient, la plupart du temps, une origine traumatique. L'analyse microscopique des kystes lymphatiques a permis de déterminer leur structure et de confirmer les rapports intimes qu'ils ont avec les vaisseaux lymphatiques. Des matériaux que l'auteur a possédés, il n'a pu retirer ni une étiologie complète, ni une marche complète des dilatations lymphatiques. ROHMER.

Kyste séreux congénital de l'orbite, anophtalmie et microphtalmie, par FROMAGET (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 *janvier* 1893),

Enfant de huit mois atteint d'une tumeur congénitale de l'orbite droit ayant le volume d'une noix.

Située entre la commissure externe et l'angle interne de l'œil, elle est fluctuante, irréductible et de coloration bleuâtre.

L'extirpation montre qu'il s'agissait d'un kyste séreux, dont le pédicule creux allait jusqu'au trou optique ; à sa face inférieure il en existait un autre petit, renfermant un cristallin. Au point de vue pathogénique, ce fait serait en faveur de l'opinion de Van Duyse qui fait provenir ces kystes du globe oculaire. OZENNE.

Ueber die Behandlung der folliculären Bindehauterkrœkung (Traitement des follicules de la conjonctive), par SCHNELLER (*Graefe's Arch. f. Ophth. XXXVIII*, 4).

Sous le nom de maladie des follicules de la conjonctive, l'auteur entend aussi bien la conjonctivite folliculaire que le trachome. Pour la première variété, les follicules, il est bon de commencer par les moyens médicamenteux, et, après seulement, de recourir à l'intervention sanglante. Pour le trachome, il faut surtout éviter la contagion; on isolera les malades, on les refusera à la caserne, dans les pensions, etc.; on soignera l'hygiène des habitations pauvres, on donnera de l'air pur, etc. ROHMER.

Le catarrhe printanier considéré comme une forme atténuée de trachome, par CHIBRET (*Revue génér. d'opht., mars* 1893).

Pour l'auteur, les trois affections : trachome, catarrhe folliculaire et catarrhe printanier, ont une origine identique. C'est surtout dans la race celte, dans laquelle le trachome est rare, qu'on voit le catarrhe printanier, et en particulier en Bavière, en Wurtemberg, sur le plateau des Ardennes, sur le plateau central de la France. Ce catarrhe disparaît pendant l'hiver, et a des poussées inflammatoires en été; il est sporadique. Or, comme le trachome n'existe pas dans les pays celtiques, l'importation de quelques cas, donnerait lieu au catarrhe printanier qui

n'en serait qu'une forme atténuée. Le traitement consiste surtout en hygiène, grand air, etc.; puis, en cautérisations au nitrate d'argent répétées trois ou quatre fois par semaine. ROHMER.

De la nature du trachome, par MUTTERMILCH (*Ann. d'oculist.*, *CIX, janvier* 1893).

L'auteur raproche complètement la conjonctivite folliculaire du trachome ; la première ne serait qu'une forme atténuée de la seconde. Quant au trachome lui-même, s'il est contagieux, il ne l'est cependant que dans certaines circonstances (scrofulose, mauvaise hygiène, etc.); mais le microbe du trachome n'a pas encore été découvert, pour la simple raison qu'il n'existe pas. Ce n'est donc pas une maladie indépendante, mais une maladie se produisant à la suites d'autres inflammations chroniques légères de la conjonctive. L'épithélium s'altère sous l'influence d'une irritation chronique, et détermine l'état trachomateux; celui-ci est constitué principalement par l'épaississement du derme conjonctival et du tissu adénoïde qu'il contient. ROHMER.

Ueber das Pterygium, par FUCHS (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XXXVIII*, 2).

Le pinguecula est toujours la lésion initiale du ptérygion. Comment la néo-formation conjonctivale empiète-t-elle sur la cornée ? C'est ce que Fuchs explique par une altération du tissu cornéen, due à un défaut de nutrition, attribuable lui-même à une modification du plasma sanguin dans la zone vasculaire en rapport ave le pinguecula ; la membrane de Bowmann disparaît, par dissolution de ses couches successives, par hystolise, comme dit Fuchs ; cette altération se produirait par place, près de la tête du pinguecula. Le ptérygion serait alors le résultat d'une véritable cicatrisation, active et non rétractive, comme les cicatrices ordinaires. Cette activité cesserait bientôt d'elle-même, au fur et à mesure que la tête s'éloigne du bord cornéen. ROHMER.

Ueber die folliculären Conjunctivalgeschwüre... (Etude sur les ulcérations folliculaires de la conjonctive et sur la transplantation épithéliale spontanée, ainsi que la formation de glandes dans le trachome), par RÆHLMANN (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XXXVIII*, 3).

Le follicule, pour Raehlmann, serait le caractéristique du trachome, et l'hypertrophie des papilles épithéliales proviendrait toujours de la blennorragie. La dégénérescence muqueuse de l'épithélium recouvrant les follicules précède ordinairement la dénudation des follicules; plus rarement, la couche épithéliale est détruite par une infiltration purulente. Il peut arriver que dans certains cas, les bords des cavités folliculaires s'enfoncent dans la cavité qu'ils surplombent, et forment après la cicatrisation un cylindre épithélial enfoncé dans le tissu sous-conjonctival. L'auteur croit trouver la preuve de la formation de ces fausses glandes par enfoncement des bords épithéliaux des ulcérations folliculaires, dans les détails de structure que présentent ces productions épithéliales, surtout dans la présence d'un canal central et dans la disposition des couches épithéliales. ROHMER.

Note sur une forme particulière de kératite infectieuse, par MEYER (*Rev. génér. d'opht., janvier* 1893).

La maladie débute sous forme d'une petite tache d'un blanc éclatant absolument ronde, au centre de la cornée, qui siège au-dessous de la membrane de Bowmann dans les couches antérieures du parenchyme. La tache grandit sans troubles subjectifs notables : quand elle a acquis 3 ou 4 millimètres, elle s'entoure d'un halo grisâtre, semi-transparent, et peut ainsi rester stationnaire pendant des semaines. Sous l'influence d'une nouvelle poussée, le halo est entouré d'une bandelette blanche tout à fait circulaire. La partie périphérique de la cornée reste transparente ; l'iris et le cercle ciliaire restent indemnes. Lorsque la maladie guérit, chaque zone disparaît en sens inverse ; mais il reste toujours une trace de l'opacité centrale. Pendant toute la durée de la maladie, l'œil en général reste sans irritation, sans vascularisation anormale, sans douleurs. Le traitement consiste en lotions ou compresses chaudes avec une faible solution de sublimé. ROHMER.

Kératite dendritique traumatique, par HALTENHOFF (*Ann. d'ocul., CIX, avril* 1893).

L'auteur avait déjà antérieurement émis l'hypothèse qu'une partie des cas décrits sous le nom de kératite dendritique par divers auteurs pourraient bien être indépendants de l'herpès fébrile ou catarrhal de Horner et dus soit à une irritation, soit à une infection venue du dehors et absolument localisée à l'œil. Il rapporte, en faveur de son opinion, un cas remarquable par l'absence d'indisposition générale, l'absence d'herpès cutané, l'explosion rapide des accidents cornéens et conjonctivaux à la suite d'un traumatisme superficiel causé par un objet très sale (queue de vache), dentritisme bien accusé de l'infiltration cornéenne, perte de substance épithéliale sans importance. ROHMER.

Keratitis dendritica und Herpes corneæ febrilis, par EMMERT (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., décembre* 1893).

L'auteur proteste contre l'imputation contenue dans une thèse de Zurich qui l'accuse de méconnaître l'herpès cornéen de Horner, lorsqu'il a décrit la kératite dendritique. La kératite dendritique est rare et ne s'accompagne pas de fièvre. C'est le contraire pour l'herpès. Exceptionnellement, la lésion consiste en troubles grisâtres subépithéliaux, d'où partent habituellement d'autres branches grises toujours en continuité avec les points déjà existants. L'épithélium, en se soulevant, forme de petits tunnels, qui, lorsque l'épithélium tombe, forment de véritables sillons. ROHMER.

Du pannus. De l'antipyrine dans le traitement local du pannus dit strumeux par ROULLET (*Thèse de Paris*, 1893).

D'après l'auteur, l'antipyrine présenterait dans le traitement du pannus strumeux de sérieux avantages. Elle serait plus facilement acceptée par le malade qu'une intervention chirurgicale. Son emploi n'offre aucune gravité ; il est applicable aux cas légers où il ne serait pas permis

de recourir à l'inoculation blennorragique ou au jequirity. Dans les cas de pannus strumeux crassus, il ne se montre pas moins efficace, à la condition de prolonger suffisamment son emploi.

D'après l'auteur, encore, l'antipyrine aurait une certaine valeur dans le traitement du pannus granuleux. ROHMER.

Observation de malformation du cristallin, par MEYER (*Revue génér. d'opht.*, *janvier* 1893).

Un garçon de 10 ans dont les antécédents sont inconnus, porteur d'une cataracte zonulaire à l'œil gauche, présente sur l'œil droit un cristallin à bord doublement échancré à sa partie inférieure en forme d'éventail ; aucune anomalie au fond de l'œil. La pupille dilatée par l'atropine, on a avec + 10 D. V = 1/6. Observation très rare puisque des cas semblables ne sont cités que par O. Becker (2), Bresgen (1), Hirschberg (1) et Dor (1).

ROHMER.

Le ptérygion et l'opération de la cataracte, par TROUSSEAU (*Ann. d'oculist.*, *CIX*, *janvier* 1893).

Poncet (de Cluny) ayant trouvé de nombreux vibrions et sporules sous le sommet d'un ptérygion, on en avait conclu qu'une plaie cornéenne devait être nécessairement infectée et en danger de suppuration. Aussi n'osait-on opérer de la cataracte les individus atteints de ptérygion. Trousseau a voulu faire justice de ces fausses interprétations des faits. Sur 15 malades atteints de ptérigion et opérés de cataracte, pas un n'a suppuré ; chez l'un, il y a même eu une hernie de l'iris, et chez l'autre, un retard considérable dans la réunion de la plaie cornéenne, sans qu'il il y ait eu pour cela d'accidents. ROHMER.

Klinische und experimentelle Studie... (Etude clinique et expérimentale sur l'origine du trouble strié de la cornée après l'extraction de la cataracte), par C. HESS (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XXXVIII*, 4).

L'auteur eut l'occasion d'examiner l'œil d'un homme de 68 ans, mort sept jours après l'extraction de la cataracte et dont la cornée avait présenté un trouble strié typique.

Hess constata que ce trouble n'était pas dû à une infiltration, ni à un relâchement du parenchyme cornéen, comme le veut Reklinghausen, mais qu'il est l'expression optique d'un plissement des couches profondes, d'ailleurs normales, de la cornée. Hess attribue l'origine de ce plissement à la différence de tension des méridiens vertical et horizontal de la cornée consécutive à la kératotomie. Il a pu, du reste, obtenir le même trouble chez un lapin après extraction à lambeau du cristallin. Les altérations anatomiques étaient les mêmes que chez l'homme.

ROHMER.

Accès d'érythéropsie chez un aveugle, par E. BERGER (*Rev. gén. d'opht.*, n° 2, 1893).

Déjà en 1885, l'auteur avait observé chez une alcoolique ataxique, atteinte d'atrophie des nerfs optiques, des accès de vision rouge, chaque fois qu'on lui faisait une injection de strychnine; la sensation du rouge commençait dans les parties temporales du champ visuel (parties où le rétrécissement était le plus développé) et progressait vers son centre.

Dans l'observation actuelle, il s'agit d'une femme de 30 ans, qui se tire un coup de revolver (elle était hystéro-neurasthénique), et ne se fait d'autre mal que de se blesser les globes oculaires qui périssent plus tard par atrophie. La malade, complètement aveugle, et souffrant d'irido-cyclite, a toujours vers le soir, la sensation de rouge sang, et tous les objets qu'elle croit percevoir sont colorés de cette teinte, quelque fois la sensation de rouge apparaît déjà pendant la journée. Il ne s'agit donc pas dans ces deux cas d'érythropsie causée par la fatigue de la rétine, mais bien due à la surexcitation nerveuse. ROHMER.

La correction exacte des vices de réfraction dans l'iritis plastique, par OLIVER (*Annales d'oculist.*, *CIX*, *janvier* 1893).

Dans les cas d'iritis, plastique ou autres, il existe du spasme ciliaire qu'on peut déterminer par la mesure répétée de la réfraction ; l'ophtalmomètre aussi peut révéler des changements bizarres de la surface cornéenne. Dans presque tous les cas d'iritis, la durée de l'irritation ciliaire peut être considérablement abrégée par l'application judicieuse d'un mydriatique fort. Dans quelques cas peu nombreux, spécialement dans ceux d'un caractère très prononcé et très tenace, les degrés supérieurs d'erreur de réfraction semblent persister avec peu de variation commençante avec spasme ciliaire intense et contraction énergique de la pupille, un traitement énergique produit souvent un relâchement soudain du muscle ciliaire. La mesure systématique de l'erreur manifeste de réfraction pendant les attaques d'iritis est d'une grande valeur dans le traitement de cette affection. Elle permet d'instituer un pronostic certain dans les différentes époques de la maladie et d'en abréger la durée par un traitement rationnel, tout en nous donnant les moyens d'éviter dans les limites du possible, les altérations permanentes de l'organe le plus important et le plus vulnérable de l'œil. ROHMER.

Experimentelle Untersuchungen über die bei der eitrigen Choroiditis auf trefende Herabsetzung des intraocularen Druckes (Recherches expérimentales sur l'hypotonie occasionnée par la choroïdite purulente), par RINDFLEISCH (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XXXVIII*, 2).

Sur le conseil de Leber, l'auteur a étudié le processus qui amène la phtisie de l'œil à la suite de la choroïdite purulente provoquée par l'injection de mercure métallique dans le corps vitré. Il a constaté : 1° que la pression intra-oculaire est augmentée immédiatement après l'injection, pendant que la rétine présente un trouble intense localisé au voisinage du mercure ; 2° quelques heures après, l'hypertonie a disparu. Il commence à se produire une diminution de la pression intra-oculaire en même temps que le corps vitré commence à s'*infiltrer* ; 3° la pression continue à décroître à partir du troisième jour après l'injection, elle se maintient environ au 1/3 de la normale ; le corps vitré s'infiltre de plus en plus ; 4° en même temps, l'œil non injecté montre une augmentation sensible de la pression qui persiste, tandis que l'autre œil s'atrophie. ROHMER.

Considérations sur le traitement du glaucome hémorragique, par Ch. DE BOURGON (*Ann. d'oculist.*, *CIX*, *mars* 1893).

Après avoir passé en revue les diverses méthodes de traitement em-

ployées contre le glaucome hémorragique, l'auteur conseille de conduire le traitement de la façon suivante : Dans la période hémorragique, il faut soigner l'état général et décongestionner le globe oculaire. Dans la période de glaucome confirmé, au début le traitement devra toujours être radical. Aux moyens préconisés pour celui de la période précédente, il faudra ajouter l'emploi des myotiques, de la chaleur humide, des injections d'ergotine à la tempe. Si cette médication ne produit pas une sédation des phénomènes aigus, on sera autorisé à recourir au traitement chirurgical ; mais de toutes les opérations conseillées, une seule doit être mise en vigueur, la sclérotomie simple ou équatoriale. L'iridectomie doit être rigoureusement proscrite. Si la sclérotomie jointe aux moyens radicaux, et répétée au besoin, ne détermine pas un abaissement de la tension intra-oculaire joint à une sédation des phénomènes douloureux, il faudra recourir à l'énucléation, sans tenter aucune autre opération. ROHMER.

Foreign body of the ciliary region of the eye for twenty-four years..., par ROOSA (*Boston med. and surg. Journal*, 30 *mars* 1893).

Homme entré au Manhattan Eye and Ear Hopital en décembre 1892. Vingt-quatre ans avant cette époque, il avait reçu dans l'œil gauche un morceau d'acier dont la présence ne produisit pas de troubles notables pendant ce long espace de temps.

L'œil étant devenu malade, on jugea nécessaire de l'énucléer en janvier 1893. A l'ouverture de l'œil, on trouva le cristallin ayant une consistance cartilagineuse et couché sur les procès ciliaires. Un morceau d'acier d'un milimètre de diamétre, très mince et friable, fut découvert sous le cristallin dans les procès ciliaires.

On n'a rapporté que peu de cas de corps étrangers restés aussi longtemps dans une région aussi exceptionnellement dangereuse sans déterminer plus de troubles dans l'œil blessé et sans provoquer une ophtalmie sympathique de l'autre œil demeuré ici absolument sain. CART.

Anatomische Untersuchungen übre einseitige Retinitis hœmorrhagica... (Recherches anatomiques sur la rétinite hémorragique unilatérale compliquée de glaucome secondaire et de kératite à hypopyon), par WAGENMANN (*Graefe's Arch. f. Opht.*, *XXXVIII*, 3).

De l'examen d'un premier cas, dans lequel une amaurose totale unilatérale tait survenu subitement chez un malade de 79 ans, l'auteur pense que le glaucome hémorragique est consécutif à une oblitération embolique des artères rétiniennés sclérosées Dans un second cas, l'examen anatomique révéla une thrombose incomplète de la veine centrale. Un troisième cas présentait des hémorrhagies rétiniennes consécutives à des altérations inflammatoires d'origine inconnue de la rétine et des vaisseaux retiniens. Les deux premiers cas étaient compliqués d'iritis plastique, le dernier d'une kératite à hypopion. ROMMEK.

Sur un cas de cécité à marche rapide traitée par le lactate de zinc, par BOÉ. Rapport de PANAS (*Bull. acad. de méd.*, 5 *juillet* 1892).

Dans cette observation il est question d'un adulte vigoureux, ancien syphilitique, qui, sans cause appréciable, fut atteint brusquement d'une diminution considérable de l'acuité visuelle du côté droit, et, quelques jours après, d'amau-

rose complète de l'œil gauche. A l'examen ophtalmoscopique on ne notait, à droite, aucune lésion de la pupille et de la rétine.

Le traitement spécifique ayant été vigoureusement institué en vain pendant trois mois, on prescrivit la lactate de zinc à la dose de 30 centigrammes par jour ; dès le 5me jour il y eut une amélioration de la vue ; mais ce mieux n'a pas continué et, malgré le même traitement, employé pendant 18 mois d'une façon intermittente, aucun changement ne s'est produit. Actuellement les réflexes pupillaires accommodatifs et de la convergence sont manifestement atténués. Les deux disques optiques se montrent décolorés, grisâtres avec des artères réduites de calibre.

D'après le rapporteur, ce processus morbide pourrait être rapporté au tabes à forme frustre. OZENNE.

Beiträge zur Kenntniss der metastatischen... (Contribution à l'étude des inflammations métastatiques dans l'œil et de la rétinite septique (Roth), par HERRNHEISER (*Klin. Monatsbl. f. Augenh., décembre* 1893).

Ce sont des altérations chimiques du sang, consécutives aux infections générales, qui produisent la rétinite septique, processus analogue à ceux observés dans la maladie de Bright, la leucémie, l'anémie pernicieuse. Il faut la distinguer de la chorio-rétinite métastatique, qui présente un envahissement microbien du globe, entraînant fatalement sa destruction, tandis que la retinite septique peut guérir sans laisser la moindre trace. L'examen microscopique de trois globes atteints de rétinite septique ne laissait découvrir aucune thrombose, aucun microrganisme. Les hémorragies semblent survenir à la suite d'une altération des parois vasculaires. ROHMER.

Ein Fall von Retinitis proliferans, par v. HIPPEL (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. novembre* 1892).

L'auteur accompagne sa description d'une figure représentant deux énormes taches blanches qui font saillie sur le fond de l'œil. Pour lui, il ne s'agit pas, comme le veut Manz, d'anciennes hémorragies qui auraient donné lieu à ces productions : il n'y a jamais eu de symptômes aigus, plus de traces d'hémorragies, enfin la lésion est survenue insensiblement. Il s'agit donc bien d'une lésion propre de la rétine. ROHMER.

Zur Entstehung der Netzhautrisse bei Netzhautablösung (Origine des déchirures de la rétine dans le décollement de la rétine), par ELSCHNIG (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., décembre* 1893).

Nordenson expliquait ces déchirures subites par une rétraction du corps vitré et son décollement à l'endroit où le vitreum est adhérent à la rétine, et produit la déchirure à travers laquelle se précipite la sérosité située primitivement entre le vitré et la rétine. L'auteur a pu observer deux cas de décollement rétinien, précédés de chorio-rétinite, où des soudures partielles etablies entre la rétine et la choroïde, avaient amené une déchirure secondaire de la rétine décollée. ROHMER.

Syphilome cérébral. Double névrite optique. Considérations générales sur les névrites et les atrophies optiques, par A. GUÉPIN (*Rev. gén. d'opht., avril* 1893).

L'auteur profite d'un cas de névrite optique double consécutif à un syphilome cérébral, pour rappeler que le nerf optique peut subir deux sortes d'altérations pathologiques : les névrites et les atrophies. Les premières sont le résultat d'un processus inflammatoire indiscutable; les autres, une sorte de régression des éléments nobles du nerf s'accompagnant de lésions interstitielles plus ou moins intenses. Névrite et sclérose sont probablement deux états successifs par où peut passer le nerf optique.

Anatomiquement, dans la névrite, il existe des lésions diffuses dont le lieu d'election est la région péri-vasculaire : dans l'atrophie il y a sclérose conjonctive et névroglique dont le point de départ est dans les vaisseaux et autour des vaisseaux eux-mêmes. Le tube nerveux est détruit. Mais il y a deux sortes de scléroses optiques : la sclérose conjonctive qui aboutit rapidement à la destruction du nerf et à sa transformation en un tissu cicatriciel; la sclérose névroglique, où l'élément nerveux n'est pas complètement détruit, où les vaisseaux sont peu altérés et où il serait permis d'admettre la possibilité d'une régénération.

ROHMER.

Ein Fall von functionnellem Torticolis... (Un cas de torticolis fonctionnel sous la dépendance d'une paralysie musculaire), par NIEDEN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., novembre* 1892).

Il s'agit d'un garçon de 11 ans qui avait présenté un torticolis depuis l'âge de 5 ans à la suite de convulsions. La position vicieuse de la tête ne s'était montrée au début qu'à la suite de la vision rapprochée et était restée intermittente pendant un certain temps. Les muscles du cou étaient contractés du côté gauche et le squelette paraissait normal. Quand la tête était droite le globe gauche se déviait en bas et les paupières se fermaient pour éviter la diplopie. Le droit supérieur gauche était paralysé de façon à ne permettre qu'une élévation maximum du globe de $1^{mm},5$ au-dessus du plan horizontal. La déviation du globe avait précédé l'apparition du torticolis. Trois semaines après l'avancement du muscle parétique, le torticolis, traité en vain jusque là par des appareils chirurgicaux avait presque entièrement disparu. ROHMER.

Torticolis und Augenmuskellähmung (Torticolis et paralysie musculaire), par A. GRAEFE (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., décembre* 1892).

L'auteur hésite à accepter l'opinion de Nieden, d'après laquelle la paralysie d'un muscle releveur de l'œil peut amener un abaissement de la tête. La déviation secondaire de la tête doit se faire, d'après Graefe, autour d'un axe parallèle à celui autour duquel le muscle paralysé fait tourner le globe et dans le sens de l'action de ce muscle. Dans les observations relatées dans la littérature de torticolis survenu à la suite d'une paralysie musculaire, il s'agit, sans exception, de la paralysie d'un muscle abaisseur du globe, et il est probable que, dans le cas de Nieden, une étude approfondie des doubles images aurait conduit à poser le diagnostic de paralysie d'un muscle abaisseur de l'œil droit, au lieu de celle du droit supérieur gauche. ROHMER.

Sur les modifications passagères du diamètre de la pupille connues sous le nom d'hippus, par A. GUÉPIN (*Ann. d'ocul.*, *CIX*, *février* 1893).

Symptôme encore peu étudié jusqu'alors, l'hippus est un myosis passager, la pupille se rétrécissant un instant pour reprendre rapidement ses dimensions premières, sans oscillations dépassant le but à atteindre, sans mydriase, en un mot. L'hippus n'entraîne aucune modification dans la vision. On l'observerait dans le nystagmus, à la suite de l'absorption de l'extrait de fève de Calabar, pendant la guérison des paralysies de la troisième paire.

En tout cas, c'est un symptôme rare; de nouvelles recherches et de nouveaux faits sont indispensables pour permettre d'écrire définitivement son histoire. ROHMER.

Klinische und pathologisch-anatomische Studien zur Pathogenese der sympathischen Augenentzündung (Etudes cliniques et anatomo-pathologiques sur la pathogénie de l'ophtalmie sympathique), par SCHIRMER (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XXXVIII*, 4).

Les travaux de Deutschmann n'ayant pas encore tranché la question, l'auteur a voulu faire de nouvelles recherches sur ce sujet. Dans un premier chapitre, il recherche dans quelles conditions un œil qui n'est pas le siège d'une perforation, traumatique ou autre, peut provoquer une ophtalmie sympathique de son congénère. Le second chapitre traite de l'intervalle qui sépare les affections des deux yeux. Le minimum serait de trois semaines tandis que le maximum ne peut être déterminé. Quant aux affections de l'œil sympathisé, qui font l'objet du troisième chapitre, l'auteur rejette la conjonctivite, la kératite, la sclérite, la cataracte, le décollement, le glaucome sympathique, pour ne garder que la papillo-rétinite et l'uvéite sympathiques. Dans le chapitre quatrième, qui traite de l'étiologie, l'auteur rejette la théorie des nerfs ciliaires pour ne garder que la nature microbienne de l'ophtalmie sympathique. Enfin, comme conclusion thérapeutique, l'auteur conseille d'énucléer tout œil aveugle et capable de provoquer une ophtalmie sympathique sans attendre des phénomènes d'irritation. Dans une seconde partie de son travail, Schirmer relate les résultats de l'examen microscopique de dix yeux sympathisants, qui avaient une uvéite aiguë. ROHMER.

Ueber infantilen Kernschwund (De l'atrophie nucléaire infantile), par MÖBIUS (*Münch. med. Abhandlungen*, 6e *série*, *n*° 4).

L'auteur a rapporté 45 cas de paralysie des muscles de l'œil congénitale ou de l'enfance épars dans la littérature médicale. Leur symptomatologie consiste toujours en une ophtalmoplégie extérieure, totale ou partielle, à laquelle peut s'ajouter de la paralysie faciale. En général, il n'existe aucun autre trouble morbide et l'affection dure aussi longtemps que la vie de celui qui en est atteint. Chez l'enfant, le diagnostic en est facile; chez l'adulte, les paralysies oculaires syphilitiques ou tabétiques surtout peuvent être cause d'erreur.

Faute d'autopsies, l'anatomie pathologique est hypothétique; néanmoins l'auteur admet qu'il s'agit d'une atrophie, c'est-à-dire d'une mort lente des noyaux des nerfs moteurs de l'œil.

L'hérédité semble jouer un rôle étiologique, ainsi que l'alcool ou cet agent toxique inconnu, cause de la sclérose latérale amyotrophique et des variétés de cette maladie. LEFLAIVE.

Ueber die Vorgänge bei der Resorption in die vordere Kammer injicierter körniger Farbstoffe (Sur la résorption de matières colorantes insolubles injectées dans la chambre antérieure), par TUCKERMANN (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XXXVIII*, 3).

L'auteur s'est servi, pour ses injections, surtout de l'encre de Chine et du cinabre. De ses recherches, il arrive à conclure que les injections de cinabre et d'encre de Chine dans la chambre antérieure ne peuvent servir à démontrer l'existence de fentes lymphatiques dans le tissu de l'iris, et cela, parce qu'il se forme un dépôt de fibrine qui englobe les grains, et ensuite parce que ces grains sont englobés par des leucocytes extravasés, puis transportés plus loin. Il estime qu'il est peu probable qu'il existe des voies lymphatiques communiquant avec la chambre antérieure. ROHMER.

Ueber Blutinjectionen in den Glaskörper (Les injections de sang dans le corps vitré), par PROBSTING (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XXXVIII*, 3).

L'auteur a cherché à étudier les altérations rétiniennes consécutives aux injections de sang de lapin dans le corps vitré de cet animal. Le sang injecté se décolore assez vite, laissant un trouble blanchâtre qui diminue notablement. Puis survient un décollement de la rétine. Quatre jours après l'injection, on pouvait observer un ramollissement du corps vitré qui souvent se résorbait en grande partie. Au bout de deux semaines après l'injection, il se forme du tissu conjonctif dans le caillot; en même temps, le centre des cellules pigmentaires tend à se décolorer; finalement le pigment de l'épithélium pigmentaire disparaît, et l'on peut alors distinguer le noyau des cellules épithéliales. Les éléments nerveux de la rétine s'atrophient, tandis que les fibres de soutien s'hypertrophient. ROHMER.

De l'ophtalmie des nouveau-nés. Etiologie et prophylaxie, par SEGUIN (*Thèse de Paris*, 1892).

L'insufflation de poudre d'iodoforme dans les yeux du nouveau-né semble répondre à toutes les indications. Ce traitement est simple, efficace, à la portée de tout le monde et n'est pas suivi d'accidents notables. Si on ajoute que l'iodoforme dans le cul-de-sac conjonctival a une action qui se prolonge longtemps, qu'il ne s'altère pas, que sa couleur et son odeur ne permettent pas de le confondre avec un autre médicament toxique, il est facile de comprendre la nécessité d'en vulgariser l'emploi dans la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés. ROHMER.

Beiträge zur Operation des intraocularen Cysticercus, par SEYFERT (*Graefe's f. Ophth.*, *XXXVIII*, 2).

L'auteur rapporte 6 cas de cysticerques intra-oculaires opérés par Leber, à Goettingen, de 1886 à 1889. L'opération se faisait à travers une section méridionale, avec ou sans ténotomie. Cinq fois le cysti-

cerque put être extrait et trois fois il était sous-rétinien. En 1892, le résultat fonctionnel était nul dans deux cas (décollement de la rétine); dans quatre cas, l'acuité visuelle fut de 1/10 à 4/10; une fois, elle fut de 6/60. Les résultats comparés à ceux de Graefe, à Halle, sont à peu près identiques. Pour obtenir un bon résultat fonctionnel, il faut surtout opérer de bonne heure. ROHMER.

Ténonite séreuse causée par un cysticerque, par Ed. MEYER (*Rev. gén. d'opht.*, *avril* 1893).

Chez un malade atteint d'ophtalmoplégie externe, et de légère exophtalmie, le thermomètre indique dans la région oculaire une élévation de température de 6 dixièmes par rapport à l'œil du côté opposé. Après 48 heures d'applications chaudes, apparaît sous la cornée une proéminence conjonctivale qu'on incise, et à travers laquelle, au bout de quelques jours seulement, sort spontanément une vésicule hydatique. Les mouvements de l'œil redeviennent normaux, et V de 1/3 remonte à 6/6. L'auteur pense qu'il y a eu ténonite provoquée par la présence du parasite, mais ténonite séreuse. Et puisqu'il y avait absence de suppuration, ce ne sont pas les germes infectieux, mais l'action chimique des substances sécrétées par le parasite qui provoque la réaction inflammatoire. ROHMER.

Traitement des kystes hydatiques de l'orbite, par TERSON (*Ann. d'oculist.*, *CIX*, *mars* 1893).

A propos d'un kyste de l'orbite de nature probablement hydatique, avec exophtalmie qu'il traita par la ponction aspiratrice et guérit, Terson conseille de faire toujours une ponction assez large pour vider le kyste; en cas d'insuccès, faire une incision plus large, suivie d'une injection prolongée d'eau distillée aseptique, dans l'espoir de détacher la vésicule hydatique. Terson ne se déciderait à provoquer la suppuration de la poche kystique qu'après avoir vu échouer au moins deux fois ces tentatives. La temporisation est certainement autorisée, si l'on considère les nombreux insuccès des procédés plus ou moins radicaux, sous le rapport du rétablissement de la fonction visuelle, et les guérisons parfaites qu'on peut obtenir par la simple ponction ou par l'incision suivie de l'évacuation aussi complète que possible des produits parasitaires. ROHMER.

Des injections sous-conjonctivales de sublimé, par DARIER (*Ann. d'oculist. CIX*, *avril* 1893).

Travail d'ensemble sur la question, dans lequel l'auteur, après avoir étudié l'historique, et s'être attribué la priorité de la méthode conjointement à Secondi, passe aux indications qui peuvent se résumer en cette formule : injecter l'agent antiseptique dans le foyer infectieux lui-même ou dans ses alentours immédiats de façon à irriguer, à aseptiser tout le le territoire lymphatique dans lequel s'est cantonné le processus morbide. Or l'œil est dans des conditions admirables pour se prêter à cette thérapeutique locale, par la disposition même de son système lymphatique, constitué par des espaces communiquant tous entre eux. C'est surtout dans les ulcères infectieux de la cornée, dans les choroïdites ou chorio-rétinites centrales, et quelquefois dans les névrites, que la méthode a fait merveille.

L'auteur indique en détail la technique de l'opération, et donne à la fin un résumé des principaux travaux publiés sur le sujet. ROHMER.

Sur l'emploi en ophthalmologie de mélanges, par E. BERGER (*C. R. de la Soc. de biol.*, 21 *janvier* 1893).

1° On a un mydriatique excellent en mélangeant sulfate d'atropine, sulfate de duboisine et chlorhydrate de cocaïne (1 0/0, 1 0/0, 2 0/0). Une goutte dans le sac conjonctival produit la dilatation pupillaire maxima ;

2° Le collyre, formé de 2 0/0 de chlorhydrate de cocaïne et 2 0/0 de chlorhydrate de pilocarpine, provoque l'anesthésie locale, la dilatation de la fente palpébrale, l'abaissement de la tension intra-oculaire, sans produire de mydriase ni de diminution de l'amplitude de l'accommodation. DASTRE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES

Sur un streptocoque trouvé dans les angines à fausses membranes, par BARBIER (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 6).

Ce microbe forme en 24 heures, sur sérum, de petites colonies surtout appréciables à la loupe, et qui grandissent les jours suivants en taches étalées et comme vernissées. Après quelques jours, les colonies se confondent en un enduit brillant transparent. Le microbe se développe bien sur gélose glycérinée, forme à peine sur pomme de terre un mince enduit, et donne dans le bouillon de minces grumeaux aisément dissociables. Il coagule le lait en 5 jours. La vitalité se conserve 20 jours. Sur milieux solides, l'aspect est celui d'un diplocoque immobile, non capsulé. En bouillon, ce seront des chaînettes formées d'amas diplococciques. La méthode de Gram décolore presque complètement ce diplostreptocoque. Il est pathogène pour le lapin, non pour le cobaye et la souris ; il détermine la production de fausses membranes sur la muqueuse buccopharyngée du pigeon. Chez l'homme, associé ou non au bacille de Löffler, il ne correspond pas à des diphtéries graves ni infectieuses.

GIRODE.

Ein Fall von multiplen Papillomen... (Cas de papillomes multiples de l'amygdale, de la langue et de l'épiglotte), par LANGE (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *L*, *p.* 463, 1892).

Le mode de formation de ces tumeurs serait le suivant, au dire de Lange. Au début, l'épithélium s'épaissit par multiplication de ses cellules à bâtonnets, puis le tissu conjonctif et les vaisseaux se dressent en forme de mur. Dans les amas élastiques de jeunes cellules épithéliales, s'enfoncent des anses capillaires qui deviennent le centre d'une papille.

De la première anse peuvent bourgeonner d'autres anses inclinées sur la première, en sorte que la papille devient composée et prend l'apparence des tentacules de la pieuvre. Les enfoncements qui séparent deux papilles résultent de l'absence de prolifération de l'épithélium en ces points. Ces vallées s'approfondissent par la chute de l'épithélium, qui les comblait. Les leucocytes jouent là un double rôle : ils enlèvent les restes de cellules épithéliales mortifiées et ont un rôle phagocytaire vis-à-vis des microbes de la surface. Bien que d'origine inflammatoire, leur présence favorise le développement de la tumeur. C. LUZET.

Ueber syphilitische Narbenstricturen des Schlundes (Des rétrécissements syphilitiques du pharynx), par A. JACOBSON (*Archiv für klinische Chirurgie, XLIII*, 3 *et* 4).

Les rétrécissements syphilitiques du pharynx sont extrêmement rares. Jacobson n'a pu en recueillir que 28 observations, auxquelles il en ajoute deux personnelles inédites :

1° Un notaire de 50 ans, qui avait pris la syphilis à l'âge de 19 ans, et avait eu presque constamment des accidents du côté du pharynx, présente, 16 ans après le début de l'affection, des troubles du côté de la respiration et de la voix. A l'examen, on trouve que le voile du palais et la luette n'existent plus et sont remplacés par une masse cicatricielle épaisse. Au niveau du bord postérieur de la voûte se trouve un petit orifice qui mène dans la cavité naso-pharyngienne. En abaissant fortement la langue, on aperçoit une sorte de diaphragme cicatriciel qui va de la base de la langue à la paroi pharyngienne et qui présente, à son centre, une fente assez étroite, seul passage livré aux aliments et à l'air. On essaie tout d'abord la dilatation, mais le résultat fut très médiocre. On se décide alors à faire des débridements dans tous les sens à l'aide du bistouri et à détruire en partie le tissu cicatriciel avec le thermo-cautère. Ultérieurement, dilatation à l'aide de bougies et d'une pince dilatatrice spéciale de l'auteur ;

2° Une paysanne de 24 ans présente, depuis plusieurs mois, des troubles de la respiration et de la phonation. A l'examen, on trouve des masses cicatricielles au fond du pharynx de nature manifestement syphilitique. Le voile du palais a contracté des adhérences avec la paroi du pharynx ; la voûte palatine présente une perforation; l'orifice du pharynx est oblitéré par une masse cicatricielle, au centre de laquelle se trouve un orifice qui ne laisse passer qu'une bougie n° 12 de la filière Charrière. Même traitement que dans le cas précédent avec succès complet.

L'auteur insiste, dans les réflexions qui suivent ces observations, sur la nécessité d'un traitement énergique des accidents pharyngés de la syphilis, en particulier des lésions gommeuses. Il repousse les opérations sanglantes à cause de l'espace réduit dans lequel on est obligé d'agir, à cause des hémorragies abondantes qu'elles provoquent dans cette région et du voisinage des gros vaisseaux. REBLAUB.

Zur Pathologie der Zungentonsille im Zusammenhang mit Angina epigloticca und Glossitis acuta, par J. GUROVITSCH (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 44, *p.* 1104, 31 *octobre* 1892).

Laissant de côté les troubles morbides chroniques dus à l'hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue, Gurovitsch restreint son

étude à l'inflammation aiguë de l'amygdale linguale et aux phénomènes de voisinage qu'elle provoque du côté du larynx et de la langue.

Dans l'inflammation aiguë, l'amygdale linguale recouvre les vallécules glosso-épiglottiques ou l'une d'elles seulement ; elle peut ainsi arriver au contact de l'épiglotte dont elle gêne les mouvements. Sa surface est inégale, bosselée ; souvent une partie seulement de l'amygdale est augmentée de volume. Jamais les malades ne peuvent localiser exactement leurs douleurs. L'amygdalite linguale aiguë peut se compliquer soit d'angine épiglottique, soit de glossite aiguë.

L'angine épiglottique offre tous les symptômes des angines communes : courbature générale, dysphagie. L'isthme et le pharynx sont normaux, mais, en abaissant la langue tirée au dehors, ou avec le laryngoscope, on aperçoit l'épiglotte déformée et œdématiée ; les replis ary-épiglottiques sont aussi œdémateux. De la base de l'épiglotte, l'œdème envahit les vallécules glosso-épiglottiques qui sont comblées ; leur muqueuse est soulevée, de sorte qu'au lieu de deux dépressions on voit deux corps convexes gros comme des cerises. Ces altérations se cantonnent habituellement sur la face linguale de l'épiglotte et ne s'étendent que rarement à l'intérieur du larynx. La respiration est libre, la voix nette. En peu de jours, tous les phénomènes morbides disparaissent.

La glossite aiguë se localise souvent à une moitié de l'organe ou passe d'une moitié à l'autre. Suit la relation de 13 observations répondant à la description précédente. (*R. S. M.*, XL, 325.) J. B.

Bosse sanguine du voile du palais. Staphylhématome de Pauli, par GUÉMENT (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er *mars* 1893).

Chez une femme de 40 ans, dont le voile du palais venait d'être contusionné par une croûte de pain, on constate à gauche une masse brûnâtre, allongée d'avant en arrière et de dedans en dehors et offrant un centimètre et demi de diamètre à sa partie antérieure. Sa consistance est molle, fluctuante, ses contours très nettement limités. Quatre jours plus tard rupture spontanée de cette poche, qui laisse écouler un liquide noir et épais. Lavages boriqués, guérison. OZENNE.

Ueber Rhinitis hypertrophica und Amenorrhœ, par Franz OPPENHEIMER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 40, *p.* 1004, 3 *octobre* 1892).

Il existe plusieurs travaux d'ensemble sur les relations entre les affections nasales et les affections sexuelles ; ce sont ceux de John N. Mackenzie (*Americ. Journ. of med. Sc.*, 1884), de A. Peyer (*Münchener med. Woch.*, 1889), de Joal, etc.

D'après Mackenzie, chez beaucoup de femmes, les affections nasales s'exacerbent aux époques menstruelles, tandis que chez d'autres, elles apparaissent régulièrement à ce moment. Chez quelques-unes les sécrétions nasales prennent une odeur désagréable pendant les menstrues.

Les excès sexuels sont fréquemment suivis de catarrhe nasal ou aggravent le catarrhe préexistant. Il en est de même de la masturbation. Les affections nasales résistent parfois opiniâtrement à tous les traitements locaux pour ne disparaître qu'après la guérison d'une affection utérine ou ovarienne.

D'autre part, Peyer conclut : Dans les deux sexes, il n'est pas rare

d'observer des affections de la muqueuse nasale provenant, par voie réflexe, d'affections des organes sexuels. Ces affections nasales sont : le coryza nerveux, la sécheresse morbide de la muqueuse, des hémorragies coïncidant régulièrement avec la menstruation ou les pollutions, ou les remplaçant, des troubles fonctionnels des nerfs de l'odorat, consistant en hyperesthésie, anosmie relative ou absolue et hallucinations olfactives.

Mais jusqu'ici les rapports inverses ont passé inaperçus et il n'a été publié aucun cas d'affection sexuelle imputable à des lésions nasales. C'est ce que fait Oppenheimer en relatant 5 cas d'aménorrhée qui disparurent après la guérison d'une tuméfaction de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs. Une seule de ces malades était chlorotique.

Oppenheimer est loin d'ailleurs de prétendre que cette relation soit constante, car il a vu des chlorotiques aménorrhéiques sans lésions nasales, et d'innombrables affections des cornets sans troubles de la menstruation. J. B.

I. — Ueber Rhinitis pseudomembranacea, par von STARCK (*Berlin. klin. Woch., n° 42, p.* 1049, 17 *octobre* 1892).

II. — Contribution à l'étude de la rhinite pseudo-membraneuse, par P. MAZUCCI (*Rev. intern. de rhinol., III*, 7).

I. — Le bacille diphtéritique a été signalé dans la rhinite pseudo-membraneuse, 3 fois par Stamm (*Arch. f. Kinderheilk. XIV*), et une fois par Concetti (*Arch. Italiani di pediatria, 1892*). D'autre part, von Starck publie trois observations recueillies à Kiel, sur des malades âgés de 20 ou de 26 ans, qui tendent à montrer qu'il existe aussi un coryza pseudo-membraneux non diphtéritique.

Ces 3 faits offrent la plus grande ressemblance, et ne se distinguent entre eux que par le volume et la durée des productions membraneuses.

Chaque fois, l'affection a débuté à la suite d'une pleuro-pneumonie franche, après quelques jours de violents maux de tête et d'obstruction nasale, sans fièvre aucune, sans rien du côté de la gorge ni des ganglions et sans être précédée de flux nasal. L'écoulement muqueux ou muco- purulent constituait au contraire la terminaison de la maladie, n'apparaissant qu'au moment où, après être devenues de plus en plus friables et plus molles, les fausses membranes cessaient de se produire.

Les fausses membranes étaient peu adhérentes et toujours expulsées sans difficulté lorsque les malades se mouchaient, elles étaient complètement inodores. Sous le microscope, elles étaient composées surtout de cellules et de leucocytes avec un réseau fibreux, moins développé que celui des membranes diphtéritiques. Dans aucun des cas, elles ne renfermaient le bacille de Lœffler.

Le premier malade avait déjà eu, 18 mois auparavant, une atteinte semblable; chez lui, les fausses membranes très volumineuses, reproduisaient des moules, des cavités nasales, et avaient jusqu'à 5 centimètres de long, sur 3 1/2 de large.

La formation de fausses membranes s'est continuée plusieurs semaines en diminuant progressivement. (*R. S. M.* XXXVI, 680.) J. B.

II. — M. publie une observation de rhinite pseudo-membraneuse dans laquelle on chercha inutilement à diverses reprises, le bacille de Lœffler. Il passe en revue les travaux antérieurs et conclut qu'il existe deux variétés de rhinite pseudo-membraneuse, l'une simple, celle à laquelle on doit réserver ce nom, sans bacille spécifique; l'autre, véritable diphtérie nasale.

Il exprime le vœu de voir disparaître de la terminologie médicale, les mots de croup, croupale. A. CARTAZ.

Des accidents secondaires des fosses nasales dans la syphilis acquise chez l'adulte, par P. TISSIER (*Ann. mal. de l'or., février* 1893).

L'auteur a examiné vingt-cinq femmes atteintes de syphilis avec manifestations secondaires cutanées ou muqueuses. Chez dix-sept d'entre elles, il a trouvé des lésions consistant en un érythème type, diffus ou limité (sept cas), érosions ou fissures en des points divers, la cloison spécialement (huit cas), adhérences des cornets et de la cloison (deux cas). A. C.

Ueber einige seltene Neubildungen der Nase, par ZARNIKO (*Berlin. klin. Wochens., n° 41, p.* 1034, 10 *octobre, et n°* 47, *p.* 1204, 21 *novembre* 1892).

Il s'agit de polypes siégeant au niveau du trou sphéno-palatin gauche. Leur surface était déchiquetée, inégale, parsemée d'anfractuosités, de culs-de-sac profonds, de prolongements saillants et de villosités. Au point de vue histologique, il y a à noter la transformation de l'épithélium cylindrique en pavimenteux. Le tissu conjonctif constitue le noyau des tumeurs qui sont des fibromes mous. L'épithélium est de deux sortes : vibratile et pavimenteux ; celui-ci, très épais, se compose d'un grand nombre de couches superposées. La couche supérieure des cellules a une couleur pâle, des noyaux ratatinés ; sur quelques cellules on trouve à côté du noyau, un espace nettement circonscrit rempli d'un contenu granuleux. Sur d'autres cellules cet espace est plus considérable, et le noyau, refoulé vers le bord, finit par disparaître. Maintes cellules renferment des leucocytes. Le produit ultime du processus est une petite vésicule de l'épithélium. Un des polypes contient de la substance osseuse dans son noyau et même de la moelle osseuse dans ses mailles. Cette substance osseuse provient du cornet moyen. J. B.

Tumors of the orbit and neighbouring cavities, par Stedman BULL (*New York med. journ., p.* 39 *et* 73, 14 *janvier* 1893).

De l'étude de 19 observations de tumeurs de l'orbite ou des cavités voisines, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Tumeurs du sphénoïde. — Tant que la tumeur est limitée à l'antre, les signes subjectifs sont absents : quelquefois elle s'accompagne de douleurs violentes dans la tête. Quand la tumeur dépasse l'antre, elle entraîne la cécité par compression d'un ou des deux nerfs optiques, et constitue une masse visible ou tangible dans le naso-pharynx, l'ethmoïde, l'orbite ou le crâne. La pénétration dans le crâne peut ne s'accompagner d'aucun symptôme, mais si les progrès de la tumeur sont rapides, il en résulte de la méningite ou un abcès cérébral. Les tumeurs du sphénoïde

peuvent perforer la fosse moyenne du crâne, sans causer de cécité, et lorsqu'il y a cécité elle n'est pas toujours due à la compression du chiasma, car elle peut être unilatérale.

Tumeurs de l'ethmoïde. — Les signes sont assez semblables à ceux des tumeurs de l'orbite : la mobilité de la paupière est limitée, la vision altérée ou disparue : si la tumeur a pénétré dans les fosses nasales, la bouche est entr'ouverte, la voix nasonnée et l'odorat n'existe plus. Même lorsqu'il s'agit de tumeurs solides, il existe un écoulement permanent de liquide clair indiquant une communication avec la cavité cranienne.

Tumeurs du maxillaire supérieur et de l'antre maxillaire. — Elles se manifestent par des douleurs dans la sphère sous-orbitaire, et par la distension de l'antre lorsqu'elles ont acquis un fort volume. Lorsque la tumeur envahit les fosses nasales, elle peut en imposer pour un polype nasal, mais la projection de la paroi antérieure de l'antre, ou le déplacement de la paupière, par soulèvement du plancher de l'orbite, viennent dans la suite aider le diagnostic. Les tumeurs de l'antre tendent à se propager dans le nez, la bouche, l'orbite : l'orbite paraît envahi en dernier lieu.

Les tumeurs de la fosse ptérygo-palatine peuvent pénétrer dans la cavité de l'orbite, y comprimer le nerf sous-orbitaire, et envoyer un prolongement dans le crâne : elles peuvent envahir toutes les cavités voisines.

MAUBRAC.

Ueber acute und chronische Erkrankungen der Keilbeinhöhlen (Sinus sphénoïdaux), par M. SCHÆFFER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 47, *p.* 1061, 1892).

Depuis 1890, Schæffer a observé 19 cas d'inflammation aiguë et 53 cas d'inflammation chronique des sinus sphénoïdaux.

La forme aiguë, consécutive au coryza aigu et à la rhino-pharyngite, se révèle par l'exaspération de la fièvre, les douleurs vers le milieu de la tête ou vers l'occiput, le vertige et une sensation compressive derrière les yeux. La rhinoscopie antérieure montre la disparition du sillon qui sépare, à l'état normal, le cornet moyen de la cloison nasale et auquel se substitue un bourrelet rouge vif. On découvre aussi un dépôt muco-purulent qui provient du sinus sphénoïdal. C'est au niveau du bourrelet qu'il faut faire pénétrer un stylet dans le sinus, et, si l'on ne rencontre pas l'orifice, enfoncer la paroi du sinus; quand on a retiré la sonde on fait souffler le malade ou bien l'on donne la douche de Politzer; enfin pulvérisation iodoformée dans la direction du sinus. Le malade prend à l'intérieur de l'iodure de potassium pour rendre les secrétions plus limpides. Ce traitement a guéri les 19 malades (11 hommes et 8 femmes). La sinusite était dix fois bilatérale; six fois elle siégeait à droite, trois fois à gauche. Dans un cas, le sujet avait eu de la syphilis nasale; un des malades avait subi l'extraction de polypes; quatre avaient eu l'influenza.

La forme chronique peut être consécutive à la forme aiguë ou compliquer une rhinite chronique. Elle succède aux polypes nasaux, ou au contraire les précède et en favorise le développement. Elle peut être en relation avec la tuberculose, la scrofule, la syphilis. Sécrétions purulentes, croûtes fétides, vertige, sensation compressive, élargissement du

dos du nez, tels sont les symptômes. Le sillon cité tout à l'heure diminue. L'ouverture normale du sinus s'élargit au lieu de se rétrécir. La rhinoscopie postérieure montre que le pharynx est desséché et tapissé de croûtes. Dans certains cas, ulcération et perforation de la paroi inférieure du sinus, de telle sorte que la sonde introduite dans le sinus ressorte dans le pharynx nasal. Le pus peut s'engager entre les deux lames du vomer et perforer l'une ou l'autre. Ici le cathétérisme ne suffit pas ; il faut pratiquer le curetage, suivi de pulvérisations de sublimé ou d'iodoforme. Il faut aussi prescrire l'iodure de potassium à l'intérieur. Sur les 53 cas de l'auteur (19 hommes et 34 femmes), 39 guérisons. Quand il y a ozène on ne doit compter que sur l'amélioration; la cure radicale est difficile. L. GALLIARD.

A case of suppurating ethmoiditis, par BRYAN (*New York med. journal, p.* 97, 28 *janvier* 1893).

Une dame de 38 ans avait eu, au commencement de 1891, l'influenza : en mars de la même année, à la suite d'une carie dentaire, elle eut un abcès alvéolaire avec tuméfaction de tout le côté gauche de la face, et aggravation de quelques troubles du côté des fosses nasales dont elle souffrait depuis son atteinte d'influenza. En juillet, la narine gauche devint imperméable à l'air ; les sécrétions, d'abord aqueuses, devinrent épaisses, fétides, et en même temps des douleurs vives s'irradiaient le long du rebord sous-orbitaire jusqu'à la région temporale ; point d'exophtalmie ni de trouble de la vision, mais en pressant sur l'angle interne de l'orbite, on déterminait de la douleur.

L'examen rhinoscopique montra deux polypes muqueux fixés sur l'extrémité antérieure du cornet moyen. Les deux cornets inférieurs étaient tuméfiés et remplis de matière caséeuse : l'antre du même côté avait perdu de sa transparence et participait à l'inflammation, rempli lui aussi de cette même matière caséeuse.

L'ablation des polypes et des masses caséeuses, les lavages antiseptiques, avec la perforation de l'antre au niveau de la deuxième molaire, amenèrent la cessation des accidents pendant quelque temps.

Les polypes ayant récidivé, on recourut à une nouvelle ablation qui détermina l'issue d'une quantité fort abondante de matière caséeuse, et les accidents disparurent définitivement. MAUBRAC.

Diseases of the frontal sinus, par D. N. RANKIN (*N. York méd. journ., p.* 575, 19 *novembre* 1892).

Les maladies importantes du sinus frontal sont l'inflammation simple, l'inflammation spécifique (syphilis tertiaire), les corps étrangers (insectes ou larves), les polypes, les kystes hydatiques, le cancer.

Dans l'un de ces cas l'inflammation simple du sinus frontal a été causée par un traumatisme, dans l'autre elle relève de la grippe.

1° Soldat de 34 ans, frappé en plein front par une balle. Après cicatrisation rapide de la plaie, persistance d'une douleur profonde, très pénible. Trépanation du sinus frontal ; issue d'une cuillerée de pus. Guérison complète ;

2° Homme de 32 ans, éprouvant à la suite de la grippe des douleurs atroces au niveau du sinus frontal. Fièvre, délire, malgré le traitement médical. Les injections de morphine calment à peine les douleurs. Trépanation donnant issue à une demi-once de pus. Guérison rapide et complète. L. GALLIARD.

Die rationnelle Therapie des Stotterns, par Hermann GUTZMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 45, *p.* 1131, *et n°* 46, *p.* 1165, 7 *et* 14 *novembre* 1892).

Pour Gutzmann, le bégaiement résulte du spasme des muscles qui concourent à l'articulation, à la phonation ou à la respiration ; c'est donc une affection d'origine centrale. Le spasme peut être borné à une ou deux des catégories de muscles de la parole ou au contraire s'étendre à toutes trois. En outre, le bégaiement s'accompagne d'autres mouvements involontaires dits associés, se produisant en dehors de l'appareil de la parole : froncement du front, inclinaisons de tête, trépignement des pieds, etc.

Le seul traitement rationnel du bégaiement consiste d'une part à exercer les malades aux mouvements nécessaires à la parole, d'autre part à faire disparaître les mouvements associés. On commence par faire l'éducation des muscles respiratoires, puis on passe à ceux de la phonation et enfin à ceux de l'articulation. On trouvera dans le travail de Gutzmann la description des principaux exercices correspondants. Un point essentiel de la méthode est de toujours faire comprendre aux malades le but de ces différents exercices, afin qu'ils les exécutent sciemment.

A l'aide de ce traitement, le père de Gutzmann et lui-même ont obtenu sur un millier de bègues, 87 0/0 de guérisons et 10 0/0 d'améliorations. Depuis près de 4 ans, ils l'ont enseigné (aux frais des communes) à environ 200 instituteurs primaires qui, répandus dans 120 localités d'Allemagne, peuvent ainsi guérir leurs écoliers bègues. J. B.

Les névropathies laryngées, par H. LUC (*In*-16, *Paris*, 1893).

Luc présente dans ce petit ouvrage un exposé très complet de la question des troubles laryngés d'origine nerveuse, centrale ou périphérique. On sait quel rôle important peut prendre, dans le diagnostic d'une affection nerveuse, la constatation d'une lésion laryngée dont les manifestations sont latentes. On sait aussi quelles controverses a suscitées depuis quelques années l'interprétation de quelques-unes de ces lésions. Luc s'est attaché à résumer clairement la question, sans exprimer peut-être assez nettement une opinion personnelle que lui permettaient ses connaissances en laryngologie et son expérience clinique.

Après un court historique et une revue de l'innervation laryngée au point de vue anatomique et physiologique, Luc divise les troubles nerveux en : 1° névropathies sensorielles (hyperesthésie, dysesthésie, anesthésie), accessoirement il y rattache le vertige laryngé, ne lui trouvant pas une autonomie suffisante pour le classer dans tel ou tel chapitre. Cette question est bien mise au point. 2° névropathies motrices : *a*) hyperkinésies comprenant les spasmes infantiles glotiques, du tabes, de l'hystérie, des lésions variées ; *b*) hyp kinésies : à cette partie se rattache l'étude si complexe des paralysies laryngées. Luc a choisi comme point de départ de sa classification la clinique et l'anatomo-pathologie. C'est ainsi que nous trouvons les paralysies par lésions des troncs nerveux, les paralysies par lésions d'origine centrale, cérébrale ou bulbaire, celles d'origine hystérique. L'auteur discute chemin faisant la question encore

si confuse et qui me paraît bien étudiée par Burger, de la contracture et de la paralysie des cordes.

La 3e partie est consacrée à des troubles particuliers d'ordre un peu disparate que Luc classe, faute de mieux, sous la rubrique dyskinésies laryngées ; ce sont les troubles d'incoordination des mouvements qu'on observe dans la chorée, dans le tabes et autres affections qui pourraient être mise à côté des spasmes, dont ils sont une variante plus localisée, plus transitoire.

Le livre de Luc est en somme un travail très complet et qui rendra d'incontestables services à ceux qui ne sont pas adonnés spécialement à la pratique laryngologique. A. CARTAZ.

Des accidents causés par l'introduction de l'hœmopis ou sangsue de cheval dans les voies aériennes de l'homme, par CHAVASSE (*Arch. de méd. milit., février et mars* 1893).

A l'occasion de deux faits qu'il a observés, l'auteur fait l'histoire complète de cet accident.

Les sangsues pénétrent dans le larynx soit d'emblée, soit le plus souvent après fixation préalable dans le pharynx. Elles s'implantent soit au-dessus de la glotte (sur 19 observations réunies par l'auteur, ce siège est indiqué 8 fois), soit au-dessous (6 fois); parfois dépassant le larynx, elles se fixent sur le premier anneau de la trachée (2 cas). Leur séjour varie de quelques jours à plusieurs semaines : les accidents qu'elles déterminent deviennent en général menaçants du quinzième au vingtième jour.

L'expulsion de l'hœmopis se fait rarement d'une manière spontanée. Si les moyens simples, fumigations de tabac, administration de la térébenthine à l'intérieur, ne réussissent pas à déterminer l'expulsion de l'hœmopis, on recourra à l'extraction par les voies naturelles sans trachéotomie préalable.

Si ces moyens échouent, on pratiquera soit la laryngotomie crico-thyroïdienne, si la sangsue est sus-glottique ou fixée immédiatement au-dessous des cordes vocales, soit la trachéotomie, si elle est fixée plus bas ; on fera suivre l'opération d'une injection d'eau salée pour obtenir l'expulsion de l'hœmopis. L'injection d'eau salée a pour but d'obtenir l'expulsion immédiate de la sangsue, après ouverture de la trachée ou de la membrane crico-thyroïdienne, sans avoir recours à des tentatives d'extraction, ou sans être obligé, par manque d'instruments appropriés, d'attendre une expulsion spontanée, ou de pratiquer secondairement la thyrotomie. Le jet sera poussé à l'aide d'une sonde, et dirigé de bas en haut : sous l'action de l'eau salée et du courant, la sangsue se détache et est entraînée vers le pharynx.

La thyrotomie ne sera pratiquée que comme ressource ultime.

MAUBRAC.

Di una singolare forma di ascesso laryngeo, par O. BARBACCI (*Lo Sperimentale, n° 14, p.* 265, 1892).

Dans un abcès développé autour du cartilage cricoïde, ayant amené la mort dans un accès de suffocation, on ne trouva que des spirilles à l'exclusion de tout autre micro-organisme. Toutes les tentatives de culture, toutes les

inoculations aux animaux échouèrent. L'auteur pense que ces spirilles étaient des spirochætes décrits par Mieley dans le mucus buccal, et qu'ils ont dû être la cause efficiente de la production du pus, bien qu'il n'y ait encore dans la science aucun cas analogue. P. B.

Bericht uber... Intubationen (Statistique d'intubation), par BOKAI (*Jahrbuch für Kinderheil., vol. XXXV, p.* 1-9).

B. a pratiqué à l'hôpital d'enfants de Budapest 291 intubations avec 100 guérisons (34 0/0). Dans 212 cas où le croup était consécutif à l'angine il y eut 65 guérisons (30,5 0/0). Dans 67 cas de croup, d'emblée il y eut 32 guérisons (47,5 0/0). Dans 12 cas de diphtérie survenus dans la convalescence de la rougeole et de la scarlatine il y eut 3 guérisons (25 0/0). Dans la première série de cas on fit 8 trachéotomies secondaires (une guérison) et 3 dans la deuxième (une guérison). La durée du séjour du tube varie d'un quart d'heure comme minimum à 360 heures comme maximum. Elle dépassa cinq jours dans 16 des cas guéris. Sur les 100 guérisons, 35 fois l'intubation fut unique; 20 fois il fallut faire 4 intubations et plus (14 dans un cas). Il n'y eut jamais de complications, aussi pour l'avenir B. n'admet-il plus la trachéotomie primitive qu'en cas de sténose pharyngée ou d'œdème considérable du vestibule du larynx se joignant au croup. A. F. PLICQUE.

Die Laryngectomien an der Kocher'schen Klinik zu Bern, par Otto LANZ (*Archiv für klinische Chirurgie, XLIV*, 1).

Sous le nom de laryngectomies, l'auteur comprend non seulement les extirpations totales du larynx, mais encore tous les cas dans lesquels une partie du squelette du larynx a été enlevée, voire même ceux dans lesquels on s'est contenté d'exciser les cordes vocales. Cette statistique comprend toutes les opérations de ce genre faites à la clinique de Berne depuis 1880, soit 12 observations. La relation de ces faits est précédée de quelques considérations sur la nomenclature de ces opérations et sur le manuel opératoire. En ce qui concerne la première, Lanz adopte trois variétés de laryngotomie : une laryngotomie supérieure, dans laquelle le cartilage thyroïde est sectionné ; une laryngotomie inférieure, qui porte sur le cartilage cricoïde ; enfin, une laryngotomie moyenne, dans laquelle le ligament intercrico-thyroïdien est sectionné. Quant à la laryngectomie, elle peut être totale, hémilatérale ou partielle.

Au point de vue du manuel opératoire, nous noterons quelques points spéciaux. Kocher fait toujours la trachéotomie préventive ; au début, il se servait de la canule-tampon de Trendelenburg, mais ne tarda pas à se convaincre de son insuffisance. Il la remplaça alors par une canule ordinaire à laquelle il fixe préalablement une petite éponge. Celle-ci est taillée de telle façon que l'extrémité inférieure de la canule prend l'aspect d'un parapluie renversé. Son introduction est facile, et l'éponge aurait toujours facilement rempli son rôle de tampon. Cette canule-tampon est enlevée immédiatement après l'opération et remplacée par une canule ordinaire. Kocher ne fait jamais la réunion complète ; le plus souvent la plaie reste largement béante et est tamponnée avec de la gaze antiseptique. Dans quelques cas on a fait la réunion partielle de la

peau autour du tampon de gaze. Dans ces dernières années, Kocher a dû renoncer à la gaze iodoformée après ces opérations, à cause des nombreux accidents d'intoxication qu'il a observés. Pour éviter la broncho-pneumonie septique, Kocher attache une grande importance aux soins qu'il apporte à séparer soigneusement la plaie trachéale et la plaie pharyngienne, en fixant soigneusement la première dans l'angle inférieur de la plaie cutanée et en changeant très souvent la gaze qui les tamponne. Pour alimenter le malade, on n'emploie pas la sonde à demeure; avant chaque pansement on introduit une sonde dans le pharynx par la bouche pour porter dans l'estomac les aliments nécessaires.

Les douze observations, que Lanz rapporte avec détails, ont trait en majeure partie à des cancers; dans un cas, il s'agissait de lupus du larynx ; dans un autre, de tuberculose ; dans un troisième, de cancer de la langue propagé au larynx ; enfin, dans un quatrième, de sarcome du corps thyroïde avec propagation au larynx. Dans cinq cas on s'est contenté d'une extirpation partielle ; dans six cas on a fait l'extirpation totale, soit simple (3 cas), soit accompagnée d'extirpation du pharynx (3 cas); dans un cas, on a réséqué simplement l'une des cordes vocales après laryngotomie. Dans quatre cas, la trachéotomie préventive avait été faite dans un premier temps quelques jours ou même quelques semaines avant l'extirpation; dans les sept autres cas, elle n'a été que le premier temps de l'opération définitive.

Au point de vue des résultats, nous signalerons qu'un seul malade a succombé quatre jours après l'acte opératoire; les autres ont guéri de l'opération. Le malade atteint de lupus est mort deux ans après de tuberculose pulmonaire ; le malade atteint de tuberculose a succombé à la même cause un mois après l'opération. Le malade atteint de sarcome du corps thyroïde n'avait pas de récidive deux ans après l'opération. Quant aux malades atteints de cancer, ils ont tous succombé à une récidive dans un laps de temps qui a varié entre six mois et dix-neuf mois. REBLAUB.

Du syndrome de Ménière chez les enfants, par LANNOIS (*Lyon méd.*, 19 *mars* 1893).

Les vertiges symptomatiques de la maladie de Ménière sont rares chez les enfants, bien que les otites soient bien plus fréquentes que chez l'adulte. Cela tient à ce que la compression labyrinthique est moins forte en raison des communications plus larges entre le liquide labyrinthique et les espaces arachnoïdiens. L. en rapporte cependant quatre cas chez de jeunes enfants, une fois à la suite d'otite moyenne par obstruction des trompes, deux fois dans d'anciennes otites suppurées, une fois par lésion labyrinthique. L'auteur insiste sur le diagnostic différentiel avec les crises d'épilepsie. A. CARTAZ.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1893.

A

Abcès. — Abcès froid ossifluent du triangle de Scarpa, par Duplay. (*Union médicale,* 4 février.) — Deux cas accidentels d'abcès de fixation, par Turel. (*Dauphiné méd.,* 1er fevrier.) — Traitement des abcès par congestion, par Gillet. (*Rev. gén. de clin.,* p. 49.)

Abdomen. — Études expérimentales sur la chirurgie abdominale, par Thomson. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVI, 1.) — Sur les symptômes abdominaux aigus exigeant une intervention chirurgicale immédiate, par Richardson. (*Boston med. journ.*,19 janvier.) — De l'intervention chirurgicale dans les contusions graves de l'abdomen, par Sieur. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Rupture des parois abdominales chez un ascitique par une chute, par Chaudra Mitra. (*Brit. med. j.*, 21 janvier.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de revolver d'ordonnance, laparotomie, mort tardive, par Rivet. (*Arch. de méd. milit.*, février.) — Traitement de l'ascite par la faradisation de l'abdomen, par Bartholow. (*Med. News,* 25 février.) — De la paracentèse abdominale dans l'ascite, par Faulkner. (*Lancet,* 1er avril.) — Sur un cas d'abcès de la cavité de Retzius, par Martin. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, janvier.) — Étude des kystes de l'ouraque, par Dössekker. (*Beit. zur klin. Chir.*, X, 1.) — L'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen, par Troisier. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — L'appareil de Reverdin, pour l'extirpation des grosses tumeurs abdominales, par Schultze. (*Cent. f. Gynaek.*, 11 février.) — Leçons cliniques sur les maladies abdominales et sur l'emploi interne des eaux minérales, par G.-A. Zakharine (in 8°, Paris.)

Accouchement. — Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque, clinique du Dr Pinard, par Lepage. (In-8°, 107 p., Paris.) — La pratique de l'accouchement normal, par Olivier. (In-16°, 200 p., Paris.) Mécanisme du travail, étude sur la rotation interne et externe de la tête, par Barker. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — Cinquième série de 200 accouchements sans désinfection, par Mermann. (*Cent. f. Gynaek.*, 4 mars.) — Le mécanisme et le diagnostic des présentations du sommet, par Edgar. (*N. York med. journ.*, 25 février.) — Complications du travail et des suites de couches par les cardiopathies, par Villeprand. (*Thèse de Paris*, 9 fév.) — De l'accouchement gémellaire, par Monteiro. (*Thèse de Paris,* 18 janvier.) — Intervalle d'une semaine entre la naissance de deux jumeaux, par Waller. (*Brit. med. j.*, 7 janvier.) — Pour prévenir les dé-

chirures du périnée par l'épaule, par Mac Lean Ross. (*Med. News*, 7 janvier.) — De la version sur une jambe, par Nagel. (*Edinb. med. j.*, janvier.) — Le levier en obstétrique, par Pazzi. (Broch. Sienne, 1892.) — Dystocie par rigidité du col utérin. Incisions latérales jusqu'aux culs-de-sac vaginaux. Guérison, par J. Coen. (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, novembre, 1892.) — Élongation hypertrophique du col comme cause de dystocie, par Griffith. (*Brit. med. j.*, 6 mai.) — Sur une cause non décrite de dystocie des têtes molles, par Blanc. (*Loire méd.*, 15 février.) — Les injections intra-utérines de glycérine comme stimulant des contractions pendant le travail, par Clifton. (*N. York med. record.*, 26 nov.) — Des causes de l'accouchement prématuré, par Vallais. (*Thèse de Paris*, 3 mai.) — Sur les indications de l'accouchement prématuré artificiel, par Boissard. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — De la provocation de l'accouchement prématuré par le pessaire de Champetier de Ribes, par Herman. (*Brit. med. journ.*, 7 janv.) — Hernie du placenta à travers les tuniques musculaires de l'utérus pendant le travail, par Lynds. (*Med. News*, 21 janvier.) — Rigidité du col, par Mitchell. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — Des eschares vulvaires après l'accouchement, par Lallemand. (*Thèse de Paris*, 2 mars.) — De la physométrie pendant le travail de l'accouchement avec ou sans putréfaction du fœtus, par Mme Henry. (*Ann. de gynéc.*, janvier.) — Hémorragie accidentelle pendant le travail, par Marx. (*Americ. j. of obst.*, janvier.) — Valeur relative de certaines opérations obstétricales, par Grandin. (*Ibid.*, avril.) — Embryotomie, pronostic, limites, par Edgar. (*Ibid.*, avril.) — Historique de la pelvitomie, par Farabeuf. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — Historique de la pelvitomie, par Varnier. (*Ibid.*, février.) — L'accouchement dans les bassins rétrécis : de la symphyseotomie, par Eisenhart. (*Therap. Monats.*, avril.) — Symphyséotomie et embryotomie dans les cas où le fœtus est mort, par Queirel et Pinard. (*Ann. de gynéc.*, février.) — Symphyséotomie, par Queyrel; *idem*, par Benet. (*Ibid.*, mars.) — Le bilan de la symphyséotomie renaissante au 31 mars 1893, par Varnier. (*Ibid.*, avril.) — Discussion sur la symphyséotomie, par Lepage, Queirel, Tellier, Varnier, Maygrier, Budin, etc. (*Soc. obst. de France*, 5 avril, et *Ann. de gynéc.*, avril.) — Un cas de symphyséotomie, par Smyly. (*Brit. med. j.*, 29 avril.) — Symphyséotomie, guérison, par Michael. (*Americ. j. of obst.*, février.) — Symphyséotomie, un cas avec succès, par Garrigues. (*Ibid.*, mars.) — Les limites cliniques de la symphyséotomie, par Jewett. (*Med. Soc. state of N. York*, 7 février.) — Les limites anatomiques de la symphyséotomie, par Kelly. (*Ibid.*). — Cas de symphyséotomie, par Lusk. (*Americ. j. of med, sc.*, avril.) — Obs. de symphyséotomie, par Sprengle (*Montreal med. journ.*, janvier.) — De la symphyséotomie, par Noble. (*Med. News*, 18 février,) — Un cas de symphyséotomie, par Krassowsky. (*Cent. f. Gynaek.*, 4 février.) — Symphyséotomie, par Schwarz. (*Ibid.*) — Un cas de symphyséotomie chez une secondipare, 4 ans et demi après une opération césarienne conservatrice, par Regnier. (*Ibid.*, 11 février.) — Sur la symphyséotomie, par Baumm. (*Ibid.*, 8 avril.)

Acné. — De la couperose, acné rosacée, par Tissier. (*Ann. de méd.*, 1 mars.) — Traitement dit d'écorchement des éphélides, des acnés rosacées, etc., par Van Hornn. (*Progrès médical*, 28 janvier.)

Acromégalie. — Cas d'acromégalie, par Beaven Rake. (*Brit. med. j.*, 11 mars.) — Deux cas d'acromégalie, remarques sur la pathologie de cette affection, par Dercum. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — Obs. d'acromégalie, par Whyte (*Lancet*, 25 mars.) — Note sur l'acromégalie, par Haskovel. (*Rev. de méd.*, mars.)

Actinomycose. — Etude clinique sur l'actinomycose, par Illich. (*Vienne*, 1892.) — Cas d'actinomycose, par Rochet. (*Lyon méd.*, 19 février.) — Actinomycose expérimentale, par Bérard et Dor. (*Ibid.*, 30 avril.) — Un cas d'actinomycose humaine, par Dubreuilh et Sabrazès. (*Journ. méd. Bordeaux,* 12 février.) — Sur un cas d'actinomycose guéri par l'iodure de potassium, par Meunier. (*Bull. acad. méd.*, et *Bulletin méd.*, 15 mars.)

Addison (mal. d'). — Maladie d'Addison avec lésion des capsules surrénales, par Roux. (*Lyon méd.*, 26 février.) — Un cas de maladie d'Addison, par James. (*Edinb. med. j.*, avril.) — Un cas de maladie bronzée, par Descroizilles. (*Union médicale*, 7 janvier.) — Sur la pathogénie de la maladie d'Addison, par Guay (*Thèse de Paris*, 12 janvier.) — Tuberculose chirurgicale, maladie d'Addison, greffe de capsules surrénales, mort le 3e jour, par Augagneur. (*Lyon méd.*, 29 janvier.)

Aérothérapie. — De l'aérothérapie dans les affections pulmonaires, par Williams. (*Brit. med. j.*, 18 mars.)

Albumine, urie. — Quantité d'albumine nécessaire à la nourriture de l'homme, par Demuth. (*Münch. med. Woch.*, 42, 1892.) — Sur les caséines et les fibrines, par Arthus. (*Soc. de biol.*, 18 mars.) — Essai d'une classification bio-chimique des matières albuminoïdes, par Gaube. (*Bull. acad. méd.*, et *Bulletin méd.*, 15 février.) — Influence des hydrocarbonés sur la destruction de l'albumine, par Graham. (*Zeit. f. Biol.*, XXVII, p. 459.) — De la valeur pratique de quelques réactifs nouveaux de l'albumine, par B. Vas. (*Ungar. Archiv f. Med.*, n° 2, 1892.) — L'albuminurie dans l'état de santé, par Washburn. (*Med. News.*, 1er avril.) — L'albuminurie chronique, par Ralfe. (*London med. soc.*, 20 février.) — L'albuminurie et la maladie de Bright par acide urique et oxalurie, par Da Costa. (*Americ. j. of med. sc.*, janvier.) — De quelques variétés cliniques de l'albuminurie chronique, par Ralfe. (*Lancet*, 8 avril.) — L'abus du lait chez les albuminuriques, par Lecorché et Talamon. (*La Médecine moderne*, 14 janvier.) — Traitement de l'albuminurie gravidique, par Jaccoud. (*Bull. acad. méd.*, 7 février.)

Alcoolisme. — Intoxication alcoolique aiguë, par Berry. (*Lancet*, 1 avril.) — Les affections des dents et des mâchoires dans l'alcoolisme, par Crothers. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 7 janvier.) — Pronostic des paralysies alcooliques, par Arnaud. (*Gaz. des hôp.*, 2 mars.) — Recherches sur les centres nerveux, alcoolisme, folie des héréditaires dégénérés, paralysie générale, par Magnan. (in-8°, 577 p., Paris.) — Le délire alcoolique et sa thérapeutique, par Lancereaux. (*Bull. de thérap.*, 15 février.) — Notes sur l'alcoolisme, résultats de l'abus des alcools, traitement, par Schmid. (*Med. News*, 28 janvier.) — Traitement de la dipsomanie par le bichlorure d'or, par Chapman. (*Chicago med. Recorder*, février.)

Aliénation. — De l'influence de la folie sur les maladies incidentes, par Roques. (*Thèse de Paris*, 28 avril.) — Modification de la respiration chez les aliénés, par Kellogg. (*N. York neurol. soc.*, 7 février.) — De l'isotonie chez les aliénés, par Agostini. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 3 et 4.) — Étude de l'appareil de la vision chez les dégénérés, par Gotteland. (*Thèse de Paris*, 8 février.) — De la dissimulation chez les aliénés, par Larroussimie. (*Thèse de Paris*, 23 mars..) — Les persécuteurs familiaux, par Ballet. (*Bull. méd.*, 1 février.) — Influence des divers troubles de sensibilité et des idées hypochondriaques sur la genèse et l'évolution du

délire des persécutions, par LAMBERT. (*Thèse de Paris*, 20 avril.) — Mutisme accessoire chez une femme aliénée par état hallucinatoire du centre verbal psycho-moteur, par PIERACCINI. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 1.) — Contribution à l'étude des aliénés voyageurs, par RANÇON. (*Arch. de méd. nav.*, février.) — Accès maniaques, en particulier chez les dégénérés, par BALLET. (*Rev. gén. de clin.*, p. 81.) — Sur une variété psychomotrice du délire de la persécution, par J. VOISIN. (*Gaz. des hôp.*, 7 mars.) — La folie communiquée de l'homme aux animaux, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 25 février.) — Mélancolie anxieuse avec délire des négations, par SEGLAS et SOURDILLE. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Sur un cas de délire des négations, par TOULOUSE. (*Soc. méd. psych.*, 20 janvier.) — Variétés cliniques du délire des persécutions, par ARNAUD. (*Ibid.*) — Le délire des négations, par TOULOUSE. (*Gaz. des hôp.*, 16 mars.) — De la paranoia, par DUNN. (*Journ. of ment. sc.*, janvier.) — Un cas de folie systématisée religieuse, par REGIS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 janvier.) — Une maladie de la personnalité, l'inversion sexuelle, par CHEVALIER. (in-16°, 524 p.. *Lyon.*) — Sur les altérations histologiques de l'écorce cérébrale dans quelques maladies mentales, par COLELLA. (*Acad. des Sc.*, 20 février.) — Chlorotrome dans les affections mentales, par KEAY. (*Lancet*, 18 mars.) — Quelques réflexions sur l'internement des aliénés dangereux, par CHAMBARD. (*Ann. méd psych.*, mars.) — Traitement des aliénés hors des asiles, par PETERSON. (*Med. News*, 11 mars). — De l'influence de la désinfection intestinale sur quelques formes d'aliénation aiguë, par MACPHERSON. (*Journ. of mental sc.*, janvier.)

Aliment. — Étude quantitative sur le régime alimentaire des Abyssins, par LAPICQUE. (*Soc. de biol.*, 4 mars.)

Amputation. — Sur les résultats éloignés de l'amputation inter-scapulo-thoracique pour tumeur maligne de l'omoplate, par RIVIÈRE. (*Arch. prov. de Chir.*, II, 4.) — Étude des amputations de la hanche, par MURDOCH. (*Ann. of surg.*, part. 1.) — De l'amputation des quatre derniers métatarsiens, par NIMIER. (*Arch. de méd.*, mars.)

Amygdale. — Trois cas d'affections de l'amygdale linguale, par BOULANGIER. (*Presse méd. belge.*, 1er janvier.) — Syphilis de l'amygdale linguale, par SEIFERT. (*Münch. med. Woch.*, 6, et *Mercredi méd.*, 8 mars.) — De la pathologie et de la thérapeutique des tonsilles de la langue (4e amygdale), par WROBLEWSKI. (*Wiener med. Presse*, 1 février.) — Phlegmon aigu infectieux du pharynx consécutif à une amygdalite folliculaire, mort en soixante-douze heures, par KOHN. (*N. York med. record*, 4 mars.) — Complications articulaires des amygdalites aiguës, par DUFILH. (*Thèse de Bordeaux.*) — Les complications pleuro-pulmonaires de l'amygdalite aiguë, par RICHARDIÈRE. (*Union médicale*, 26 janvier.) — Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès péri-amygdaliens, par RUAULT. (*Mercredi méd.*, 18 janvier.) — De l'hypertrophie des amygdales, par HERYNG. (*Gazeta lekarska*, 41, 1892.) — Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par GAREL. (*Province méd.*, 22, 1892.) — De l'ablation des amygdales, par LEDIARD. (*Lancet*, 11 mars.) — Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire, par MALLEY. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — Quelques remarques sur l'emploi de l'anse galvano-caustique dans l'hypertrophie des amygdales, par SEDZIAK. (*Rev. de lar.*, 15 fév.) — Amygdalotomie, analyse de 230 cas; partisan de l'opération, par H. MACKENZIE. (*Brit. med. j.*, 25 mars.) — Amygdalotome et uvulotome combinés, par ANCRUM. (*Med. News*, 7 janv.) — Chancre de

l'amygdale, par MARSH. (*Midland med. soc.*, 18 janv.) — Lympho-sarcome de l'amygdale, par AUNIS. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 5 fév.) — Lympho-sarcome de l'amygdale, par JOHNSON. (*London clin. Soc.*, 10 mars.) — Cancer des amygdales, procédés opératoires, par DURET. (*Journ. sc. méd. Lille*, 3 mars.)

Anatomie. — Compendium d'anatomie comparée, par BERNHARD RAWITZ. (*Leipzig.*) — Les proportions du corps humain, par WINDLE. (In-8°, *Londres*, 1892.) — L'anatomie dans l'art, par RICHER. (*Rev. scientifique*, 11 mars.)

Anémie. — Du traitement de l'anémie et de la chlorose par les préparations de fer les plus usuelles, par SMART. (*Lancet*, 18 février.) — Diagnostic et traitement de l'anémie pernicieuse, par HUNTER. (*London harveian Soc.*, (2 mars.)

Angine. — Angine, accidents médullaires, mort, par GOUBEAU. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — De l'angine secondaire de la fébricule, par PIAZZA. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XI, 3 et *Ann. mal. de l'or.*, janv.) — De l'emploi du chlorate de potasse dans les angines pseudo-membraneuses diphtéritiques et non diphteritiques, par CANCALON. (*Semaine méd.*, 11 mars.) — Du phlegmon sublingual, dit angine de Ludwig, par LETERRIER. (*Thèse de Paris*, 8 mars.) — Angine de poitrine anormale et insuffisance aortique relative, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 26 février.) — De l'angine de poitrine symptomatique d'une affection organique du cœur et de l'artériosclérose, par WEBER. (*Arch. de méd.*, mars.) — Tension artérielle dans l'angine de poitrine, indications thérapeutiques, par WILLIAMS. (*Practitioner*, fév.)

Angiome. — Sur les transformations et dégénérescences des nævi, par REBOUL. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Anesthésie. — Des avantages comparés du chloroforme et de l'éther comme anesthésiques, par PORTER. (*Sheffield med. journ.*, janvier.) — L'administration du chloroforme, par CLEAVER. (*Ibid.*) — De l'anesthésie mixte par l'association du bromure d'éthyle et du chloroforme, par POITOU DUPLESSY. (*Union médicale*, 23 janvier.) — Modifications du sang sous l'influence de l'anesthésie chloroformique, par AUBEAU. (*La Clinique française*, fév.) — Effets éloignés du chloroforme, par LUTHER. (*Münchener med. Woch.*, 1, p. 7.) — Preuve que le chloroforme n'a pas d'action directe sur le cœur, par LAWRIE. (*Lancet*, 11 février.) — L'action du chloroforme, par Lauder BRUNTON. (*Brit. med. j.*, 11 mars.) — Rapport sur l'action physiologique du chloroforme avec critiques des travaux de la 2° commission d'Hyderabad, par GASKELL et SHORE. (*Brit. med. j.*, 21 janvier.) — Expériences avec le chloroforme et l'éther à Hyderabad, par LEAF. (*Lancet*, 29 avril.) — De l'anesthésie par l'éther et des résultats dans la pratique des chirurgiens lyonnais, par VALLAS. (*Rev. de Chir.*, avril.) — Des injections de tropacocaïne comme anesthésique local, par HUGENSCHMIDT. (*Semaine méd.*, 28 janvier.) — Phénate de cocaïne comme anesthésique local, par KYLE. (*Therap. Gaz.*, 16 janvier.) — Expériences avec le phénate de cocaïne comme anesthésique local, par VEASEY. (*Med. News*, 1 avril.) — Moyen de fixer les malades pour les opérations sous anesthésie dans la position assise, par DUNDAS GRANT. (*Journ. of laryng.*, février.) — Bleu de méthylène comme analgésique, par PIOTROWSKI. (*Soc. de biol.*, 15 avril.) — Action thérapeutique du chlorure de méthyle, par HERTMANNI. (*Therap. Monats.*, avril.) — Du pental, par WEBER. (*Ann. of surg.*, part. 1re.) — De

l'anesthésie par le pental, par Rieth. (*Beit. zur klin. Chir.*, X, 1.) — Sur un cas d'anesthésie généralisée chez l'homme, par Raymond. (*Bull. méd.*, 12 février.) — Hémianesthésie chez le père et la fille, par Placzek. (*N. York med. record*, 24 décembre.) — Hystérie, anesthésie tactile, anosmie, cécité, par Weir Mitchell. (*Med. News*, 28 janvier.) — De l'akroparesthésie, par Schulze. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, III, 4 et 5.)

Anévrisme. — Des anévrismes du cœur, par Cuffer. (*Semaine médicale*, 28 janvier.) — La méthode graphique appliquée au diagnostic des anévrismes latents, par Fenwick et Overend. (*Brit. med. j.*, 11 février.) — Valeur diagnostique de l'hémoptysie dans l'anévrisme aortique, par Smith. (*London med. Soc.*, 24 avril.) — Anévrisme volumineux de l'aorte, pas d'hypertrophie cardiaque, par Touchard. (*Soc. anat. Paris*, 17 février.) — Double anévrisme de la crosse de l'aorte, ouverture de l'un dans la trachée, par Faure-Miller et Cottet. (*Soc. anat. Paris*, 20 janvier.) — Deux cas d'anévrisme aortique, par Anderson. (*Lancet*, 7 janvier.) — Un cas d'anévrisme intra-cranien d'origine traumatique, par Muselier. (*Gaz. méd. Paris*, 21 janvier.) — Anévrisme artério-veineux de l'artère et de la veine axillaires datant de 14 ans, par Osler. (*Ann. of surg.*, part. 1.) — Traitement des anévrismes de l'artère innominée par la méthode de Brasdor, par Poivet. (*Thèse de Paris*, 23 février.) — Volumineux anévrisme de l'iliaque externe guéri par la méthode des aiguilles de Macewen, par Bryant. (*Ann. of surg.*, XVII, 3.) — Anévrisme de l'aorte abdominale guéri, simulant une tumeur solide, par Syms. (*Ibid.*) — Anévrisme artério-veineux de l'artère fémorale droite ; ligature de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous du sac ; extirpation du sac ; guérison, par Faguet et Aunis. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 mars.) — Anévrisme diffus de la poplitée consécutif à la perforation de l'artère par une exostose aiguë de la ligne âpre, incision, ligature des deux bouts, guérison, par Terrier et Hartmann. (*Rev. de Chir.*, avril.) — Anévrisme poplité traité par la méthode de Macewen, mort de sarcome abdominal, par Carmichael. (*Brit. med. j.*, 21 janvier.) — Anévrisme traumatique de l'artère poplitée, ligature au-dessus et au-dessous, gangrène, hémorragie secondaire, amputation, guérison, par Harrison. (*Lancet*, 21 janvier.)

Anomalie. — Anomalie musculaire ; petit palmaire bicipital, par Ziegler. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 janvier.) — Anomalie vulvaire, par Hirigoyen. (*Ibid.*, 15 janvier.)

Anthrax. — Anthrax juxta unguéal de l'index par inoculation du pus d'un ancien abcès sous-périostique, par Verneuil. (*Gaz. heb. Paris*, 20 fév. 1892.) — Étude expérimentale sur le traitement de l'anthrax, par Nisson. (*Ann. of surg.*, part. 1.)

Anthropologie. — Recherches anthropologiques sur le plan horizontal de la tête, méthode pour le déterminer, par Hirtz. (*Thèse de Lyon.*)

Antisepsie. — L'antisepsie simplifiée, par Le Dentu. (*Gaz. des hôp.*, 16 fév.) — Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales, par Terrier et Peraire. (In-16, 190 p., *Paris.*)

Anus. — Diagnostic et traitement des malformations ano-rectales au point de vue de la chirurgie d'urgence, par Broca. (*Bull. méd.*, 4 janvier.) — Abcès de la marge de l'anus d'origine coli-bacillaire, par Lannelongue et Achard. (*Bull. méd.*, 25 janvier.) — De la suture des sphincters dans l'o-

pération de la fistule à l'anus, par NICAISE. (*Rev. de Chir.*, février.) — Du traitement des fistules à l'anus par excision et suture du trajet, par THÉVENARD. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Aorte. — Mort subite chez un ataxique par rupture de la crosse de l'aorte, par LÉVI. (*Société anat. Paris*, 17 mars.) — Rupture fissurale spontanée de l'aorte ascendante ; hémorragie dans le péricarde, par MASSARY. (*Soc. anat. Paris*, 10 février.) — Ulcère perforant de l'aorte, mort, par ADAIR. (*Sheffield med. journ.*, janvier.) — Sur les aortites, par BUREAU. (*Thèse de Paris*, 11 janvier.)

Appareil. — Appareil à acide sulfureux pour la stérilisation des sondes en gomme et en caoutchouc, par BOULANGER. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — Seringue stérilisable de DEBOVE. (*Soc. de biol.*, 7 janvier.) — Un nouveau spiromètre, par VILLEMIN. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — Une table d'opérations gynécologiques, par MACKENRODT. (*Cent. f. Gynaek.*, 11 mars.)

Artère. — Morphologie des artères des membres des vertébrés, par EICHHOLZ. (*Journ. of Anat.*, VII, 3, avril.) — Modification de la pression artérielle sous l'influence des toxines pyocyaniques, par CHARRIN et TEISSIER. (*Acad. des Sc.*, 23 janvier.) — Etude expérimentale des lésions artérielles secondaires aux maladies infectieuses, par THÉRÈSE. (*Rev. de méd.*, février.) — Étude anatomo-pathologique et expérimentale des artérites secondaires aux maladies infectieuses, par THÉRÈSE. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — L'endartérite ou artério-sclérose généralisée, par LANCEREAUX. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.) — L'artério-sclérose à l'hôpital de la Croix-Rousse, par JOSSERAND. (*Lyon méd.*, 26 mars.) — Occlusion congénitale de l'artère pulmonaire, par BURGESS. (*Med. News*, 22 avril.)

Articulation. — Classification pathologique des maladies de la hanche, par YOUNG. (*Med. News*, 15 avril.) — Sur les complications et le traitement des abcès de la coxalgie, par TAILLARD. (*Thèse de Paris*, 27 avril.) — La coxalgie, par RIDLON et JONES. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 18 février.) — Traitement des affections de la hanche, par TOWNSEND. (*N. York med. journ.*, 18 février.) — Des lésions tuberculeuses du bulbe osseux dans la tumeur blanche du genou chez l'enfant, par ALDIBERT. (*Rev. mal. de l'enf.*, mars.) — Pronostic de l'arthrite sacro-iliaque, par MAKINS. (*London clin. Soc.*, 10 mars.) — Arthrite sacro-iliaque, par RIDLON. (*Annals of surg.*, XVII, 3.) — Arthrite tuberculeuse du coude, résection trochléiforme, guérison, par DENUCÉ. (*Bull. soc. de Chir.*, XIX, p, 48.) — De l'ankylose rectiligne du coude et de ses indications, par BOIFFIN. (*Arch. prov. de Chir.*, II, 5.) — De l'intervention chirurgicale dans l'arthralgie à forme persistante et rebelle, par PERROGON. (*Thèse de Lyon.*) — Corps étranger articulaire du genou gauche consécutif à une entorse violente ; hémohydarthrose consécutive, ablation, par HASSLER. (*Bull. soc. de Chir.*, XIX, p. 69.) — Le bain chaud permanent comme traitement des inflammations articulaires, par A. ROSE. (*New York med. record*, 29 octobre.) — Destruction des fongosités articulaires par les injections d'éther iodoformé et cocaïné associées à l'ignipuncture, par DEFAUT. (*Thèse de Bordeaux.*) — Lipome arborescent du genou; arthrotomie, par LE BEC. (*France méd.*, 1, p. 4.)

Asphyxie. — Sur les secours à donner aux noyés et asphyxiés et aux personnes en état de mort apparente, par MARESCHAL. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — La traction de la langue, procédé de Laborde, contre l'asphyxie

des nouveau-nés, par DE MINICIS. (*Gaz. d. Ospitali*, 9.) — Du traitement de l'asphyxie des nouveau-nés par le procédé de la langue, par PÉRONNE. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — De la maladie de Raynaud, par SIMPSON. (*Edinb. med. journ.*, mai.) — De l'acropathologie, maladie de Raynaud et états similaires, par HUTCHINSON. (*Semaine méd.*, 11 mars.) — Asphyxie locale du pied gauche par artério-sclérose, par LAFFONT. (*Arch. de méd. nav.*, avril.)

Asthme. — Études étiologiques et thérapeutiques sur l'asthme, par TORSTENSON. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 1er mars.) — De l'étiologie et du traitement de l'asthme, par BRUGELMANN. (*Ibid.*, 22 mars.) — Pronostic de l'asthme des foins, par MACDONALD. (*Practitioner*, avril.)

Astigmatisme. — Sur le traitement et la correction de l'astigmatisme, par KNŒPFLER. (*Arch. d'opht.*, nov. 1892.)

Avortement. — L'emploi de la curette dans l'avortement, par SKEEL. (*Med. News*, 25 février.)

B

Bactériologie. — Éléments de bactériologie, par S.-L. SCHENK. (*Vienne.*) — Bactériologie de la zone glaciale, par COUTEAUD. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — Variations microbiennes, par CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 18 mars.) — Nerfs et microbes, par CHARRIN et DEVIC. (*Ibid.*) — Poison cardiaque d'origine microbienne, par ROGER. (*Ibid.*, 28 janvier.) — Action de quelques toxines microbiennes sur le cœur, par ROGER. (*Ibid.*, 18 février.) — Les antitoxines et l'immunité, par CHARRIN. (*Semaine médicale*, 25 février.) — Sur le passage des microbes pathogènes dans le sang, par ETTLINGER. (*Thèse de Paris*, 19 avril.) — Concurrence vitale entre le bacille pyocyanique et la levure de bière, par D'ARSONVAL et CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 21 janv.) — Bacille pyocyanique et levure de bière, par D'ARSONVAL et CHARRIN. (*Ibid.*, 4 fév.) — Relations entre les fonctions chromogène, pathogène, antifermentative du bacille pyocyanique, par D'ARSONVAL et CHARRIN. (*Ibid.*, 4 mars.) — Conditions de l'action du bacille pyocyanique sur la levure de bière, par D'ARSONVAL et CHARRIN. (*Ibid.*, 25 mars.) — Action des microbes pathogènes sur la cellule végétale, par D'ARSONVAL et CHARRIN. (*Ibid.*, 14 janvier.) — Etude expérimentale des substances solubles toxiques élaborées par le staphylocoque pyogène, par RODET et C (*Rev. de méd.*, février.) — Contribution à la morphologie des organismes de la nitrification, par WINOGRADSKY. (*Arch. des Sc. biol. St-Pétersbourg*, I, p. 87.) — Recherches sur les microbes acétifiants, par VERMISCHEFF. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 2.) — Obs. sur le bacillus viridans, par SYMMERS. (*Brit. med. j.*, 21 janvier.) — Nouvelles recherches expérimentales relatives au passage du streptocoque de l'érysipèle et de l'infection puerpérale à travers le placenta, par CHAMBRELENT et SABRAZÈS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 janvier.) — Passage de la mère au fœtus du staphylocoque doré, par CHAMBRELENT et SABRAZÈS. (*Ibid.*, 5 mars.) — Passage de la mère au fœtus du bactérium coli commune, par CHAMBRELENT et SABRAZÈS, (*Ibid.*, 26 mars.) — Nouvelles recherches sur le passage des microbes de la mère au fœtus, par SABRAZÈS et CHAMBRELENT. (*Soc. de biol.*, 15 avril.) — Le bactérium coli commune, revue, par WURTZ. (*Arch. de méd. exp.*, V

1.) — Sur le rôle du bactérium coli commune dans certaines affections de l'anus, par HARTMANN et LIEFFRING. (*Soc. anat. Paris*, 20 janvier.) — Nouvelle contribution à l'étude du rôle du bactérium coli dans les affections de la région ano-rectale, par HARTMANN et LIEFFRING. (*Ibid.*, 10 mars, p. 161.) — Sur la culture du bactérium coli dans l'urine, par HALLÉ et DISSARD. (*Soc. de biol.*, 18 mars.) — Sur les résultats de l'association du streptocoque et du bacille typhique chez l'homme et les animaux, par VINCENT. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 2.) — Infection par le bacille d'Eberth, ayant déterminé l'apparition d'accidents éclamptiques suivis d'un état de mal rapidement mortel, par BRET et CHABALIER. (*Province méd.*, 4 fév.) — De l'influence du vin sur le développement des bacilles de la fièvre typhoïde et du choléra, par PICK. (*Cent. f. Bakter.*, XII, 9, p. 293.) — Des bactéries intestinales, par GILBERT et LION. (*Soc. de biol.*, 18 mars.) — Des poisons produits par le bacille intestinal d'Escherich, par GILBERT. (*Soc. de biol.*, 25 février.) — Présence du streptocoque de l'érysipèle, dans l'air des salles d'hôpital, par ROUX. (*Lyon méd.*, 19 février.) — Examen bactériologique du pus d'un abcès périurétral, par MAROGNA. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, p. 341, 1892.) — Sur un streptocoque, par MAROT. (*Thèse de Paris*, 8 février.) — Sur les propriétés pathogènes des matières solubles fabriquées par le microbe de la péripneumonie contagieuse des bovidés et leur valeur dans le diagnostic des formes chroniques de cette maladie, par ARLOING. (*Acad. des Sc.*, 30 janvier.) — Sur le rôle protecteur des microbes dans la crème et les fromages, par DUCLAUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 4.)

Bassin. — Etude du plancher pelvien et de la cavité prévésicale, par DRAPPIER. (*Thèse de Paris*, 27 avril.) — Nouveau procédé de résection temporaire du sacrum pour atteindre les organes du bassin, par RYDYGIER. (*Cent. f. Chir.*, 7 janvier.) — La question du drainage dans la chirurgie pelvienne, par MC MURTRY. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — Hématocèle pelvienne ouverte dans l'intestin grêle et dans le rectum, par LEGUEU et REBLAUB. (*Soc. anat. Paris*, 3 février.)

Béribéri. — Examen des mesures préventives prises contre le kakké dans la marine japonaise. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Du béribéri à la Nouvelle-Calédonie et de quelques observations tendant à prouver son caractère contagieux, par HAGEN. (*Rev. méd. de l'Est*, 2, p. 42.) — Sur le microbe du béribéri, par MUSSO et MORELLI. (*Soc. de biol.*, 7 janvier.) — Sur la pénétration des microbes étrangers dans le sang et dans les tissus des malades atteints de béribéri, par MORELLI. (*Ibid.*) — Causes de la mort dans le béribéri, par SIMON. (*Lancet*, 4 mars.)

Biliaire. — Rapports de l'infection biliaire et de la lithiase, par DUFOURT. (*Lyon méd.*, 16 avril.) — Infection biliaire et lithiase, rôle de la fièvre typhoïde dans l'étiologie de la lithiase biliaire, par DUFOURT. (*Rev. de méd.*, avril.) — Inflammation aiguë de la vésicule biliaire simulant une occlusion intestinale aiguë, par ARBUTHNOT LANE. (*Lancet*, 25 février. — Clinique de la lithiase biliaire, par W. NAUNYN. (*Leipzig*, 1892.) — Chirurgie des voies biliaires, par LAUENSTEIN. (*Cent. f. Chir.*, 7 janvier.) — De l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale par calculs biliaires, par ROCHARD. (*Union médicale*, 8 janvier.) — De la rupture des voies biliaires dans les contusions de l'abdomen, par ROUTIER. (*Bull. méd.*, 5 février.) — Perforation primitive de la vésicule biliaire, formation d'une cavité par adhérences ; rupture secondaire dans le péritoine, calcul enchatonné dans le conduit sans ictère, par MORTON. (*Lancet*, 18 mars.) — Cho-

lécystotomie suivie de cholécystentérostomie, par Jones. (*Boston med. journal*, 23 mars.) — Calcul du canal cholédoque, cholécystotomie, lithotripsie, extraction par morcellement, vésicule atrophiée, guérison, par Tuffier. (*Bull. soc. de Chir.*, XIX, p. 66.) — De la cholécystentérostomie en général et de quelques points en particulier, par Paturet. (*Thèse de Paris*, 15 février.) — De la cholédochostomie, par Terrier. (*Rev. de Chir.*, février.) — Trois cas de cholécystotomie, par Merkel. (*Cent. f. Chir.*, 15 avril.) — Un cas de cholécystectomie idéale, par Schwartz. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 1er mars.) — De la cholécystectomie idéale, par Monod. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 8 février.)

Biologie. — L'état de la pathologie parmi les études biologiques, par Virchow. (*Brit. med. j.*, 18 mars.) — Aperçu sur le rôle des agents physiques dans les phénomènes de l'organisme, par Charrin. (*Semaine méd.*, 11 janvier.) — Application des lois de la dissociation à l'étude des phénomènes biologiques, par Brasse. (*Thèse de Paris*, 12 janvier.)

Blennorragie. — La question de l'incubation dans la blennorragie, par Lanz. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 3.) — De la culture du gonocoque, par Menge. (*Cent. f. Gynaek.*, 25 février.) — Etudes sur la gonorrhée chez les accouchées, par Krönig. (*Ibid.*) — Gonocoques et pseudo-gonocoques, par Hogge. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — Sur un microbe pathogène de l'orchite blennorragique, par Hugounenq et Eraud. (*Acad. des Sc.*, 27 février.) — Etude sur la blennorragie urétrale, par Dind. (*Therap. Monats.*, février.) — Anatomie pathologique de la blennorrée chez l'homme; de l'urétrite chronique postérieure et de la prostatite chronique, par Finger. (*Arch. f. Dermat.*, Ergänzungshefte.) — Anatomie pathologique de la prostatite blennorragique chronique, par Finger. (*Wiener med. Presse*, 12 mars.) — Disparition d'un écoulement blennorragique pendant le cours d'une pneumonie, retour de l'écoulement après la guérison, par Bogdan. (*Soc. franç. de derm.*, 9 mars.) — Sur un cas de blennorragie diverticulaire du méat, par Molinié. (*Midi méd.*, 5 février.) — Gonorrée rectale, par Dock. (*Med. News*, 25 mars.) — De la blennorragie utérine et de son traitement par le permanganate de potasse, par Tixeron. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, janvier.) — Sur l'arthropathie blennorragique des enfants, par Guinon. (*Rev. mal. de l'enf.*, janvier.) — Traitement de la phase gonococcique de la blennorragie, par Janet. (*Semaine méd.*, 14 janvier.) — Traitement de la gonorrée, par Gebert. (*Therap. Monats.*, avril.) — Du traitement de la gonorrée, par Glenn. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — De l'antisepsie et des lavages dans le traitement de la blennorragie, par Debru. (*Thèse de Montpellier.*)

Bouche. — Maladies des gencives, par Gish. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 21 janvier.)

Bronche. — De la bronchite fibrineuse primitive, par Voiturez. (*Journ. sc. méd. Lille*, 17 février.) — Note sur un cas de bronchite pseudo-membraneuse, par Bruhl. (*La médecine moderne*, 11 janvier.) — De la conduite à tenir dans un cas de broncho-pneumonie infantile, par Eloy. (*Rev. gén. de clin.*, 46 et 52, p. 727 et 821, 1892.) — Traitement topique de la bronchite, par Kuh. (*Med. News*, 11 mars.)

Brûlure. — Pathogénie des brûlures, par Reiss. (*Arch. f. Dermat.*, Ergänzungshefte.) — Cicatrice rétractile suite de brûlure, opération de Teale, par Marshall. (*Sheffield med. j.*, avril.) — Traitement antiseptique des brûlures, par Me Nageotte. (*Thèse de Paris*, 10 mai.)

C

Cancer. — De la nature infectieuse du cancer, par Coats. (*Brit. med. j.*, 14 janvier.) — Des formations protozoaires dans le carcinome et de la maladie de Paget, par Török. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVI, 5.) — Sur le mode de reproduction des parasites du cancer, par Ruffer et Plimmer. (*Soc. de biol.*, 15 avril, et *Acad. des sc.*, 17 avril.) — Cancers de divers organes et kystes non cancéreux du sein dus à des psorospermies, par Clarke. (*London pathol. Soc.*, 17 janvier.) — Protozoaire cause des néoformations malignes, par Clarke. (*Ibid.*, 21 février.) — Le parasitisme des protozoaires dans le cancer, par Galloway. (*Brit. med. journ.*, 4 février.) — Sur les parasites du cancer, par Mallassez. (*Soc. de biol.*, 29 avril.) — La théorie parasitaire de l'étiologie du cancer, par Roswell Park. (*N. York med. journ.*, 4 mars.) — Réaction particulière de la safranine sur les noyaux, ses rapports avec la question des coccidies du cancer, par Ohlmacher. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 4 février.) — La pathogénie du cancer, recherches cliniques, par Fiessinger. (*Rev. de méd.*, janvier.)

Cartilage. — Les cartilages linguaux des mollusques, structure et développement histogénique, par Loisel. (*Thèse de Paris*, 16 mars.)

Cellule. — La physiologie chimique de la cellule animale, par Halliburton. (*Brit. med. j.*, 11 mars.) — Sur les matières formées par le nucléole chez le spirogyra setiformis et sur la direction qu'il exerce sur elles au moment de la division du noyau cellulaire, par Decagny. (*Acad. des sc.*, 6 février.) — Cellule animale et cellule microbienne; parallèle de leurs attributs, par Charrin. (*Rev. gén. des sc. pures*, 15 janvier.) — Sur les modifications des leucocytes dans l'infection et l'immunisation, par Mlle Everard, Massart et Demoor. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 2.)

Cerveau. — Anatomie du cerveau de l'homme, morphologie des hémisphères cérébraux du cerveau proprement dit, par Brissaud. (*In*-8° 500 pages avec 204 figures, Paris.) — Essai de classification des centres auditifs en rapport avec la fonction du langage, déductions cliniques sur les diverses formes d'aphasie, par Giampietro. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Des granulations de l'épendyme vasculaire, par Pellizzi. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 1.) — Action nerveuse correspondant aux fonctions mentales du cerveau, par Warner. (*Journ. of mental sc.*, janvier.) — Étude des pulsations du cerveau, par Tietze. (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, XXIX, p. 320.) — De la localisation de l'action produite sur le cerveau par le traitement des injections intra-nasales et la compression des veines jugulaires internes, par Léonard Corning. (*N. York med. record*, 31 décembre 1892.) — Les localisations cérébrales dans la région capsulo-striée, par Pitres. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er janvier.) — Sur les localisations cérébrales, par A. Borgherini. (*Riforma medica* 18 janvier.) — L'amusie, par Blocq. (*Gaz. hebd. Paris*, 25 février.) — Sur le cerveau des ataxiques, par Nageotte. (*Soc. de biol.*, 28 janvier.) — Ophtalmoplégie fonctionnelle avec paralysie généralisée et envahissement des nerfs craniens chez de jeunes femmes, par Suckling. (*Brit. med. j.*, 25 mars.) — Hémiplégie flasque complète avec intégrité du facial supérieur, déviation conjuguée

de la tête et des yeux sans lésion apparente de la zone psychomotrice, par Collinet. (*Soc. anat. Paris*, 20 janvier.) — Tumeurs cérébrales, par Peytavy. (*Thèse de Paris*, 2 février.) — Gliome du cerveau occupant les lobes sphéno-occipitaux, par Carrière. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 janv.) — Gliome de la région rolandique, extirpation, guérison, par Albertoni et Brigatti (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 1.) — Tumeur de l'écorce, amenant de l'hémiplégie avec perte du sens musculaire tactile, par Madden. (*Journ. of nerv. dis.*, février.) — Encéphalocèle prise pour un kyste sébacé, guérison, par Powell. (*Brit. med. j.*, 4 février.) — Hydrocéphalie chronique sine materiâ, début à l'âge de 15 ans, par Choupin. (*Loire méd.*, 15 novembre 1892.) — Ponction lombaire dans l'hydrocéphalie, par Quincke. (*Annal. of surg.* part. 1.) — Notes sur un cas de tumeur du corps pituitaire par Waddell. (*Lancet*, 22 avril.) — Etude sur les plaies de tête, en particulier les lésions du cerveau, par Phelps. (*N. York med. journ.*, 14 janvier.) — Traumatisme cérébral, déviation conjugée de la tête et des yeux, attaques épileptiformes; déchirure du lobe cérébelleux droit, double hémorragie du lobe frontal droit, pas de lésions dans les sphères motrices, par Legrain. (*Soc. anat. Paris*, 24 février.) — Tumeur du lobe frontal, ablation, par Booth et Curtis. (*Annal of surg.*, XVII, 2.) — Diagnostic, localisation et opération de trois tumeurs du cerveau, par Allen Starr. (*N. York. acad. of med.*, 5 janvier, et *Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Kyste du cerveau, trépanation, par Pauly. (*Lyon méd.*, 5 février.) — Tumeur kystique du cerveau, opération, guérison, par Steiglitz. (*N. York med. record*, 28 janvier.) — Plaie par arme à feu du cerveau, aphasie, perte des noms, par Laplace. (*Journ. of nerv. dis.*, mars.) — Plaie du cerveau par balle de revolver, par Mouchet. (*Soc. anat. Paris*, 25 février, p. 134.) — Balle de revolver dans le lobe occipital depuis deux années sans symptômes, par Ryan. (*Brit. med. j.*, 4 mars.)

Cervelet. — Hypothermie dans un cas de tubercule solitaire du cervelet comprimant le bulbe et la protubérance, par P. Guizetti. (*Sperimentale*, p. 182, 1892.)

Césarienne (Op.). — Opération césarienne suivie de succès pour la mère et pour l'enfant, par Picqué. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 144, et *Gaz. des hôp.*, 28 mars.) — 4 cas d'opération césarienne, par Schwarz. (*Cent. f. Gynaek.*, 18 mars.) — Opération de Porro, succès, par Almira-Smith. (*Americ. j. of obst.*, janvier.) — L'opération césarienne et ses modifications, par Noble. (*Ibid.*, février.) — Les limites de l'opération césarienne, par Murray. (*Ibid.*, avril.) — Opération césarienne, succès pour la mère et l'enfant, par Winternitz. (*Deut. med. Woch.*, 39, 1892.) — Opération de Porro pour arrêt du travail par une tumeur avec hémorragie, par Morse. (*Brit. med. j.*, 11 février.) — Opération césarienne pour rachitisme, succès pour la mère et l'enfant, par Griffith. (*Ibid.*, 25 mars.) — Un cas d'opération césarienne, par St-Clair Gray. (*Ibid.*, 22 avril.)

Champignon. — Sur l'action des champignons, sur l'organisme, par Plowright. (*Brit. med. j.*, 11 février.)

Chancre. — Chancre par morsure de la joue, par Hutchinson. (*London med. soc.*, 24 avril.) — Un cas de chancre mou gangreneux du vagin, par Gördes. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 janvier.)

Charbon. — Sur la transformation de l'amidon végétal en sucre, par le bacille du charbon, par Maumus. (*Soc. de biol.*, 28 janvier.) — Atténuation

de la bactéridie par des principes microbiens, origine de ces principes par CHARRIN et COURMONT. (*Ibid.*, 11 mars.) — Charbon humain inoculé, par une brosse, par GIRODE. (*Ibid.*, 18 mars.) — Action de la bactéridie charbonneuse sur le lait, par ROGER. (*Ibid.*, 18 mars.) — Bactéries charbonneuses dans la vase du fond d'un puits, par DIATROPTOFF. (*Ann. Inst. Pasteur,* VII, 3.)

Chimie. — Chimie minérale des corps organisés, sol animal, par GAUBE. (*Arch. de méd.*, mars.)

Chirurgie. — Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier 1892 au 1er janvier 1893, par DELAGENIÈRE. (*Bull. soc., de chir.*, XIX, p. 132.) — Des conditions de la chirurgie chez l'enfant et le vieillard, par FORGUE. (*N. Montpellier méd.*, 6, p. 105.)

Chlorose. — Chlorose, phlegmatia alba dolens double, mort par embolie pulmonaire, par AUDRY. (*Lyon méd.,* 1er janvier.) — Médication de la chlorose vraie, par DUCLOS. (*Rev. gén. de clin.*, 8, p. 113.) — Le traitement de la chlorose par le fer et quelques autres médicaments, par STOCKMAN. (*Brit. med. j.*, 29 avril.)

Choléra. — Le choléra à Saint-Denis, par GASTOU et LEROY DES BARRES. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Le choléra de 1892 à New-York, prophylaxie et traitement, par WILCOX. (*Americ. j. of med. sc.*, janvier.) — Histoire de l'épidémie de choléra à New-York, par BIGGS. (*Ibid.*) — Examen bactériologique des cas de choléra à New-York, par DUNHAM. (*Ibid.*). L'épidémie de choléra de l'asile de Bonneval, par BROUARDEL. (*Bull. acad. méd.*, 14 février.) — Le choléra en 1892, par PROUST. (*Ibid.*, 7 février.) — Le choléra dans l'arrondissement de Dunkerque, par REUMAUX. (*Bulletin méd.*, 1er mars.) — Le choléra dans la banlieue de Paris, par PROUST. (*Bull. acad. méd.*, 28 février.) — Le choléra à Hambourg, en 1892, par REICHE. (*Americ. j. of med. sc.*, février.) — L'épidémie de choléra en Russie, par CLEMOW. (*Lancet*, 11 mars.) — A propos du choléra indien, par PETER. (*Semaine méd.*, 8 mars.) — Étiologie du choléra, par FITZ-GERALD. (*Lancet,* 11 février.) — La question de la variabilité du bacille cholérique, par FINKELNBURG. (*Cent. f. allg. Gesundh.*, 1 et 2.) — Recherches expérimentales sur le choléra indo-chinois et sur l'immunité chimique des animaux contre cette maladie, par CALMETTE. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — De la contagiosité du choléra, par WILMANS. (*Münchener med. Woch.,* 1, p. 7.). — La suppuration et les gangrènes dans le choléra, par GALLIARD. (*Arch. de méd.*, mai.) — Choléra et fièvre typhoïde, par GALLIARD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 janvier.) — Modifications anatomiques et lésions du rein dans le choléra asiatique, par Van der STRICHT. (*Soc. de biol.*, 15 avril.) — Arrêté du ministère bavarois de l'intérieur (30 juillet 1892), sur les mesures contre la diffusion du choléra asiatique. (*Deutsche Vierteljj. f. œffentliche Gesundheitspflege,* XXIV, 560.) — La vaccination anticholérique critique expérimentale, par KLEIN. (*Brit. med., j.*, 25 mars.) — Injections contre le choléra, par HAFFKINE. (*Lancet*, 11 février.) — Sur la méthode d'Haffkine de vaccination contre le choléra, par WRIGHT et BRUCE. (*Brit. med. j.,* 4 février.) — De quelques mesures prophylactiques prises pendant l'épidémie de choléra de 1892, par VILLARD. (*Thèse de Paris,* 23 mars.) — Désinfection contre le choléra aux stations de quarantaine, par STERNBERG. (*N. York med. journ.*, 21 janvier.) — Désinfection pendant le choléra à Berlin et à Hambourg, par SEIBERT. (*N. York med. journ.,* 10 décembre 1892.) — Traitement du choléra au nouvel hôpital du Havre, par BOUTIN.

(*Thèse de Paris*, 20 avril.) — Du traitement du choléra asiatique, par Fedoroff. (*Zeit. f. Hyg.*, XIII, 3, p., 393.) — Traitement du choléra asiatique, par Brown. (*N. York med. journ.*, 25 mars.) — Traitement du choléra, par Galliard. (*Gaz. des hôp.*, 25 février.) — Le traitement du choléra, par Bartholow. (*Med. News*, 4 février.) — Traitement du choléra, par Duke. (*Lancet*, 4 février.) — Traitement du choléra, par Cantani. (*Berl. klin. Wech.*, 12 septembre 1892.) — Le choléra; son traitement par la créoline, par Groneman. (*Rev. enciclop. de med. y cir.*, août 1892.) — Prophylaxie et traitement du choléra par les naphtols, par Stewart et Sternberg. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — La quinine dans le choléra, par Erskine Fullerton. (*N. York med. record*, 10 décembre 1892.) — L'électricité dans la diarrhée et le choléra, par Evant Arslan. (*Progrès médical*, 28 janvier.) — Traitement du choléra, par Huberwald. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXV, 3.) — Le traitement du choléra en Russie et en Allemagne, par Elmer Lee. (*N. York med. record*, 17 décembre 1892.)

Chorée. — Étiologie de la chorée, par Rachford. (*Med. News*, 22 avril.) — Essai de pathogénie de la chorée de Sydenham, par Duchateau. (*Thèse de Paris*, 13 mai.) — Contribution à l'étude de l'étiologie de la chorée de Sydenham (chorée post-grippale), par C. Ferrarini. (*Sperimentale*, 12, p. 231, 1892.) — Du rôle possible de l'infection dans la chorée, essai de pathogénie, par Triboulet. (*Thèse de Paris*, 1er février.) — De la chorée, par Wood. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 25 février.) — Des variétés de chorée chronique, deux familles à forme héréditaire, une autopsie, par Osler. (*Journ. of nerv. dis.*, février.) — Obs. de chorée héréditaire, par Menzies. (*Journ. of mental sc.*, janvier.) — Obs. de chorée post-hémiplégique, par Cattle. (*Sheffield med. journ.*, avril.) — État mental dans la chorée de Sydenham, par Breton. (*Thèse de Paris*, 23 février.) — De la folie choréique, définition et nature de la chorée, par Joffroy. (*Semaine méd.*, 25 février.) — Le mouvement choréique, par Wood. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — Mouvements choréiques chez un adulte, d'origine probablement hystérique, par Weir Mitchell. (*Med. News*, 4 mars.) — De la mort dans la chorée de Sydenham, par Guillemet. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — Traitement de la chorée et de l'incontinence nocturne d'urine par les injections de suc testiculaire, par Deydier. (*Lyon méd.*, 16 avril.)

Choroïde. — Un cas de choroïdite centrale dont la vision a été ramenée à la normale par les injections sous-conjonctivales de sublimé, par Darier. (*Soc. d'opht. de Paris*, 7 fév.)

Chylurie. — Filaire du sang et chylurie, par Collett. (*Lancet*, 4 fév.)

Cicatrice. — Obs. de chéloide, par Welander. (*Nosdiskt med. Arkiv*, 3.) — Un cas remarquable de chéloide, par Taylor. (*New York med. jour.* 7 janv.)

Circulation. — Recherches pléthysmographiques sur l'oreille du lapin, par Piotrowski. (*Cent. f. Physiol.*, VI, p. 466.) — Pression du pouls, étude clinique, par Oliver. (*Practitioner*, avril.) — L'analyse quantitative du pouls à l'aide du sphygmochronographe de Jaquet et son emploi en clinique, par v. der Mühll. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIX, p. 348.) — De l'action du froid sur la circulation viscérale, par Wertheimer. (*Acad. des sc.*, 13 mars.) — Pouls lent permanent, considérations cliniques et physiologiques, par Vaquez et Bureau. (*Soc. de biol.*, 11 fév.)

Cœur. — Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux, par HUCHARD, (In-8°, 2e édition, Paris.) — Physiologie du cœur, par SÉE. (*Bull. méd.*, 25 janv.) — Sur les troubles moteurs du cœur d'origine nerveuse, par JACOBY. (*N. York neurol. soc.*, 7 fév.) — De l'ictus émotionnel dans la pathogénie des affections cardiaques, par NOBLET. (*Thèse de Bordeaux.*) — Valeur diagnostique des souffles veineux et artériels du cou, examen de 1,500 personnes, par CROOK. (*Americ. j. of med. sc.*, fév.) — De la fermeture anticipée des valvules sigmoïdes de l'aorte, comme cause du dédoublement du second bruit dans le rétrécissement mitral, par M. GABBI. (*Sperimentale*, 1892, n° 1, p. 1.) — Des associations cardiaques, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 14 mars.) — Les dyspnées toxiques dans les cardiopathies artérielles, par HUCHARD. (*Bull. méd.*, 12 mars.) — De l'influence des attitudes du corps sur l'intensité des bruits du souffle cardiaque, par BARIÉ. (*Rev. gén. de clin.*, 47, p. 739, 1892.) — La production du premier bruit cardiaque dans le rétrécissement mitral, par FENWICK et OVEREND. (*Americ. j. of med. sc.*, fév.) — Les caractères des souffles extra-cardiaques, par POTAIN. (*La Médecine moderne*, 4 février.) — Valeur séméiologique de l'intensité et du rythme des battements du cœur, par POTAIN. (*Union médicale*, 5 janvier.) — De la propagation des bruits du cœur au foie et aux grosses tumeurs de la rate, par COOP. (*Giorn. int. d. sc. med.*, XV.) — Bruits du cœur perceptibles à distance de la poitrine, par M'ALDOWIE. (*Edinb. med. j.*, janv.) — Observations et expérience sur le cœur suspendu, par ENGELMANN. (*Arch. néerland. des sc.*, XXVI, 3.) — Note sur un cas d'affection valvulaire complexe du cœur, avec rétrécissement excessif de trois orifices, sans trouble notable de la circulation périphérique, par BARTH. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 janvier.) — Contribution à l'étude clinique des tendons aberrants du cœur, par HUCHARD, (*Rev. de méd.*, fév.) — Asystolie avec lésion de l'orifice tricuspidien, par CHAUFFARD. (*Ann. de méd.*, 15 fév.) — Insuffisance et rétrécissement tricuspidiens, pouls veineux vrai et foie pulsatile, par JACCOUD. (*Bull. méd.*, 22 mars.) — De la tachycardie symptomatique dans le cours de la tuberculose, par BEZANÇON. (*Soc. de biol.*, 11 mars.) — De la tachycardie paroxystique et de ses rapports avec la maladie de Graves, par GORDON DILL. (*Lancet*, 4 février.) — De l'embryocardie, par LEMOINE. (*Gaz. méd.*, *Paris*, 25 mars). — Tachycardie par compression des pneumogastriques, par BOIX. (*Arch. gén. de méd.*, mai). — De la dilatation aiguë du cœur, par MARTIN DE MAGNY. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er janvier.) — La bactériologie des endocardites, par BARBIER. (*Rev. gén de clin.*, 2, p. 18.) — Formes cliniques et traitement des endocardites infectieuses, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 10 avril.) — La fièvre intermittente chronique de l'endocardite par OSLER. (*Practitioner*, mars.) — Tuberculose du myocarde, par BRET. (*Province méd.*, 22 avril.) — Péricardite et pleurésie enkystée purulentes, par DEGUÉRET et MORTAGNE. (*Soc. anat. Paris*, 25 fév., p. 144.) — Péricardite tuberculeuse, par OSLER. (*Americ. j. of med. sc.*, janv.) — Traitement de la péricardite par le sac de glace, par LEES. (*Brit. med. j.*, 18 fév.) — Polype cardiaque intra-auriculaire, par VOELCKER. (*London path. soc.*, 7 fév.) — Des tumeurs du cœur, par TEDESCHI. (*Prager med. Woch.*, 15 mars.) — Myxome de l'oreillette gauche, par BERTENSON. (*Vratch*, 11 fév.) — Médiastinite et péricardite tuberculeuses à début brusque, symphyse cardiaque, asystolie, par JACCOUD. (*Semaine méd.*, 14 janvier.) — Traitement des hydropisies cardiaques, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 15 fév.) Du régime lacté dans les maladies organiques du cœur, par VERNHES. (*Thèse de Paris*, 23 fév.) — Du traitement des maladies du cœur par la méthode de Schott, de Nauheim, par MŒLLER. (*Bruxelles*, 1892.) — Traitement des affections cardiaques par la gymnastique et la massothé-

rapie, par HUCHARD. (*Rev. gén. de clin.*, 47, p. 745, 1892.) — De la cardine, extrait du cœur, préparation, action physiologique et thérapeutique, par HAMMOND. (*N. York med. journ.*, 22 avril.)

Conjonctive. — Le catarrhe printanier considéré comme une forme atténuée de trachome, par CHIBRET. (*Rev. gén. d'opht.*, XII, 3.) — De la nature du trachome, par MUTERMILCH. (*Ann. d'ocul.*, janv.) — Sur le traitement chirurgical des conjonctivites granuleuses, par LABITTE. (*Thèse de Paris*, 27 avril.) — De l'épithélioma primitif de la conjonctive bulbaire et en particulier du limbe scléro-cornéen, par LEMELLETIER. (*Thèse de Paris*, 19 avril.)

Coqueluche. — De la conjonctivite phlycténulaire et des épistaxis comme complications de la coqueluche, par PERCEPIED. (*France méd.*, 30, p, 146.) —Traitement de la coqueluche, par COMBY. (*Gaz. des hôp.*, 15 avril.) — Cautérisation avec le sozoiodol sodique des cavités nasales contre la coqueluche, par GUTMANN. (*Therap. Monats.*, janv.) — Bromoforme dans la coqueluche, par BURTON-FANNING. (*Practitioner*, fév.)

Cornée. — Kératites, par CHAUVEL. (*Rec. d'opht.*, oct. 1892.) — Kératite dendritique traumatique, par HALTENHOFF. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — Kératite neuro-paralytique, par PANAS. (*Rev. gén. de clin.*, p. 33.) — Pathogénie du chalazion, par CHIBRET. (*Soc. d'opht. de Paris*, 7 fév.)— Ulcère central de la cornée, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 12 fév.) — Nature et traitement des ulcères de la cornée à hypopions, par BELOHOUS. (*Thèse de Paris*, 13 mai.) — Du pannus, de l'antipyrine dans le traitement local du pannus strumeux, par ROULLET. (*Thèse de Paris*, 2 mars.)

Corps étrangers. — Corps étrangers du larynx, par SEIFERT. (*Rev. de laryng.*, 1er janv.) — Corps étrangers dans le larynx au cours d'une amygdalite folliculaire, trachéotomie, guérison, par HEYDECKER. (*Arch. of pediatrics*, janv.) — Corps étrangers du larynx, par WILLIAMS. (*Brit. med. j.*, 8 avril.) — Corps étrangers dans le larynx depuis 17 mois, fragment de dentier, ablation par laryngo-trachéotomie, par KLINEDINST. (*Med. News*, 25 mars.) — Os de bœuf logé dans le larynx depuis un mois, extirpation avec la pince, par SMYLY. (*Journ. of laryng.*, avril.) — Sensations de corps étranger du pharynx et du larynx supprimées par la cocaïne, par MARTIN. (*Bulletin soc. de lar. de Paris*, fév.) — Extirpation d'une épingle de sûreté du pharynx d'un enfant de 3 mois, par HUNTINGTON. (*N. York med. record.*, 22 avril.) — Sur une méthode à ne pas employer d'extraction des corps étrangers des cavités nasales des enfants, par HAUG. (*Wiener med. Presse*, 1er janvier.) — Corps étrangers dans le tympan, par GREENE. (*N. York med. journ.*, 25 mars.) — De la conduite à tenir dans les cas de lésions oculaires par la présence de corps étrangers, par VALUDE. (*Gaz. des hôp.*, 7 janv.) — Corps étranger, brins d'herbe, du canal de Sténon, par DESMARTIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 11 déc. 1892.) — Ablation d'un bouton de l'œsophage deux pouces au-dessous de la fourchette sternale, par PHELPS. (*N. York acad. of med.*, 9 janv.) — Gastrostomie pour un rasoir avalé, mort, par CANT. (*Brit. med. j.*, 7 janvier.) — Recherches critiques et expérimentales sur des compresses et éponges abandonnées dans la cavité péritonéale, par JALAGUIER et MAUCLAIRE. (*Soc. anat. Paris.*, 10 mars.) — Procédés d'extraction des corps étrangers intra-vésicaux, par BRISSON. (*Thèse de Paris*, 2 mars.) — Corps étrangers, aiguilles, de la main, par MERZ. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er août 1892.) — A propos des corps étrangers de la vessie, par BRON.

(*Lyon méd.*, 30 avril.) — Épingle à cheveux extraite de la vessie par les voies naturelles, par Guinard. (*Soc. anat. Paris*, 3 fév.) — Extraction d'un corps étranger de la vessie par la taille hypogastrique, par Binaud. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 mars.)

Cou. — Des phlegmons du cou, par Gerbier. (*Thèse de Paris*, 23 fév.) — Sur une variété incomplètement décrite de phlegmon du cou, phlegmon grave de la loge glosso-thyro-épiglottique, par Brousses et Brault. (*Rev. de chir.*, fév.)

Crâne. — La fossette occipitale selon Debierre, par Lombroso. (*Soc. de biol.*, 15 avril.) — Morphologie comparée de l'os carré, prr Saint-Loup. (*Soc. de biol.*, 11 mars.) — De la percussion auscultatrice du crâne, par Robertson, (*Lancet*, 7 janv.) — Le craniotabes, par Comby. (*Gaz des hôp.*, 11 fév.) — Méthodes et résultats dans le traitement des tuberculoses, anévrismes et plaies de tête, par White et Wood. (*Americ. j. of med. sc.*, janv.) — Fractures indirectes multiples de la base du crâne, suite de chute sur le vertex, par Trouillet. (*Lyon méd.*, 5 févr. et *Arch. de méd. milit.*, janv.) — Fractures du crâne ; conclusions tirées de 300 cas, par Mumford. (*Boston med. journal*, 9 février.) — Fracture de la base du crâne avec paralysie du nerf moteur oculaire externe, autopsie, par Genouville. (*Arch. d'opht.*, fév.) — Fracture du crâne, guérison, par Jackson. (*Boston med. journal*, 23 mars.) — Deux cas de survie après traumatisme grave de l'encéphale, fracture du crâne par coup de feu, par Raugé. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Huile de croton dans le traitement des fractures de la base du crâne, par Parrish. (*N. York med. journ.*, 11 mars.) — Opération pour recouvrir le crâne mis à nu, par Sneve. (*Med. news*, 4 mars.) — Deux cas de réparation ostéoplastique de lésions du crâne, par Borelius. (*Cent. f. Chir.*, 11 mars.)

Crétinisme. — Du crétinisme sporadique, par Ireland. (*Edinb. med. journ.*, mai.) — Crétinisme sporadique traité par l'alimentation avec les glandes thyroïdes, par Thomson. (*Ibid.*) — Crétinisme traité par les injections et l'alimentation avec l'extrait de glande thyroïde, par Carmichael. (*Lancet*, 18 mars.)

Criminel. — Le cerveau des criminels, par Genod. (*Thèse de Lyon.*) — Influence du sexe sur la criminalité en Italie, par Roncoroni. (*Arch. di psichiat.*, XIV, 1.) — La tête des criminels, la craniologie et le crime, par Debierre. (*Arch. d'anthrop. crimin.*, mars.) — Sur l'indice crani-mandibulaire des délinquants, par Ardu. (*Arch. di psichiat.*, XIV, 1.) — Sur les organes des sens des femmes criminelles et des prostituées, par Tarnowsky. (*Ibid.*) — Enfants criminels, par Rizzo. (*Arch. di psichiat.*, XIV, 1.) — Empoisonneurs-nés, deux parricides, par Lombroso. (*Ibid.*) — Criminels-nés et d'occasion, par Roncoroni. (*Ibid.*)

Cristallin. — Sur l'aberration sphérique de l'œil humain ; mesure du sénilisme cristallinien, par Leroy. (*Acad. des sc.*, 20 mars.) — Indices de réfraction des différentes couches du cristallin chez un homme de 23 ans, par H. Bertin-Sans. (*N. Montpellier méd.*, 5, p. 93.) — L'opération de la cataracte, par Rivers. (*N. York med. journ.*, 18 mars.) — Le ptérygion et l'opération de la cataracte, par Trousseau. (*Ann. d'ocul.*, janv.) — Hémorragie intra-oculaire grave après une extraction de cataracte, par Fage. (*Ann. d'ocul.*, avril.)

Cysticerque. — Ténonite séreuse causée par un cysticerque, par Meyer. (*Soc. d'opht. Paris*, 7 mars.)

D

Démographie. — Conséquences démographiques des guerres depuis un siècle, par LAGNEAU. (*Bull. acad. méd.*, 10 janvier.)

Dent. — Les accidents de la première dentition, par POINSOT. (140 p., *Bordeaux.*) — Des maladies dites de dentition, par SÉJOURNET. (*Rev. mal. de l'enf.*, mars.) — Contribution à l'étude des accidents liés à l'évolution des dents de sagesse, par DUNOGIER. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 mars.) — Des moyens de résistance de la dent contre la carie, par FREY et SAUVEZ. (*Gaz. des hôp.*, 1er avril.) — Un cas de troubles graves survenus dans l'évolution dentaire chez un malade atteint de malformation congénitale du maxillaire supérieur, par REGNAULD. (*Union médicale*, 16 février.) — Sur divers cas de gingivite arthro-dentaire infectieuse, observés chez des animaux, par GALIPPE. (*Acad. des Sc.*, 23 janvier.) — Extirpation de la pulpe dentaire sous la cocaïne, par BRIGGS. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 7 janvier.) — De l'extraction et de la réimplantation dentaire pour le traitement des abcès alvéolaires rebelles, par MARSHALL. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 7 janvier.) — Oxychinaseptol dans la pratique dentaire, par BRANDT. (*Therap. Monats.*, janvier.)

Désinfection. — Au sujet de la désinfection par pulvérisation de liquides antiseptiques, par LAVERAN et VAILLARD. (*Soc. de biol.*, 25 mars.) — De la désinfection des mains, par TARNIER. (*Rev. gén. de clin.*, 50, p. 787, 1892.)

Diabète. — Production du diabète sucré chez le lapin par destruction du pancréas, par HÉDON. (*Acad. des Sc.*, 20 mars.) — Quatre infections distinctes chez un chien diabétique, par CHARRIN et GLEY. (*Soc. de biol.*, 4 mars.) — Recherches sur le diabète sucré consécutif à l'ablation du pancréas, par MINKOWSKI. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXI, 2 et 3.) — La dépense glycosique entraînée par le mouvement nutritif dans les cas d'hyperglycémie et d'hypoglycémie provoquées expérimentalement. Conséquences relatives à la cause immédiate du diabète et des autres déviations de la fonction glycémique, par CHAUVEAU et KAUFMANN. (*Acad. des Sc.*, 13 février.) — Diabète pancréatique, mort dans le coma, par ROWLAND. (*Brit. med. j.*, 7 janvier.) — Sur la pathogénie du diabète, rôle de la dépense et de la production de la glycose dans les déviations de la fonction glycémique, par CHAUVEAU et KAUFMANN. (*Acad. des Sc.*, 6 février.) — Des diabètes glycosuriques, par LAMY. (*Gaz. hebd. Paris*, 11 février.) — Un cas de diabète, par TROUP. (*Edinb. med. j.*, mars.) — De la dégénérescence glycogène et amyloïde, par CZERNY. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXXI, 2 et 3.) — Endocardite ulcéreuse chez un diabétique, par LAVERAN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 janvier.) — Des échanges nutritifs chez les diabétiques sous l'influence des hydrates de carbone, par LEO (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 3.) — Les petits accidents nerveux du diabète sucré, par CHAUFFARD. (*Semaine méd.*, 15 février.) — État du rein dans le diabète sucré, par BUSSIÈRE. (*Thèse de Paris*, 2 février.) — Sur le régime des diabétiques, par LÉTIENNE. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Traitement du diabète par le salol, par NICOLAIER. (*Therap. Monats.*, mars.) — Le jambul dans le traitement du diabète, par LAWRENCE. (*Med. News*, 14 janvier.) —

Le jambul dans le diabète, par Vix. (*Therap. Monats.*, avril.) — Sur un cas de diabète maigre traité par des injections de suc pancréatique, par Rémond et Rispal. (*Soc. de biol.*, 15 avril.) — *Idem*, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Ibid.*) — Traitement du diabète sucré par l'ingestion de pancréas, par Sibley. (*Brit. med. j.*, 18 mars.) — Traitement du diabète par l'extrait de pancréas, par Marshall. (*Ibid.*, 8 avril.) — Traitement du diabète sucré par l'alimentation avec des pancréas et les injections sous-cutanées de liquide pancréatique, par Hale White. (*Ibid.*, 4 mars.) — Traitement du diabète par le suc pancréatique, par Mackenzie. (*Ibid.*, 14 janvier.) — *Idem*, par Neville Wood. (*Ibid.*)

Diphtérie. — Relation d'une épidémie de diphtérie, par Rondet. (*Lyon méd.*, 16 avril.) — Une épidémie de diphtérie dans la garnison de Senlis en 1891, par Goumy. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — Etude clinique sur la diphtérie, par Munn. (*Med. News*, 25 mars.) — Diphtérie post-scarlatineuse, étude statistique, par Sweeting. (*Epidemiol. soc.*, 15 février.) — Croup et diphtérie, par Sziklai. (*Wiener med. Presse*, 26 février.) — Paralysie diphtéritique avec surdité temporaire complète, par Tooth. (*Brit. med. j.*, 11 mars.) — Deux cas d'hémiplégie suite de diphtérie, par Seifert. (*Neurol. Centralb.*, 15 février.) — Hémiplégie consécutive à la diphtérie, par Seifert. (*Neurol. Centralb.*, 15 février.) — Diphtérie mammaire par la succion d'un enfant infecté, par Caddy. (*Brit. med. j.*, 4 mars.) — Contribution à l'étude expérimentale du traitement de la diphtérie, par Sourris. (*Journ. méd. Bordeaux*, 1er janvier.) — Obs. de croup relatée au point de vue de l'étiologie et du traitement (fumigations de Delthil, guérison), par Guyot. (*Lyon méd.*, 8 janvier.) — A quel moment doit-on pratiquer la trachéotomie chez les enfants atteints de croup ? par Carron de la Carrière. (*Rev. gén. de clin.*, 6, p. 85.)

Dysenterie. — Dysenterie, abcès rétro-hépatique ouvert dans la plèvre et le poumon droit et le duodénum, abcès hépatiques multiples, par Jayle. (*Soc. anat. Paris*, 3 mars, p. 448.) — Un cas de dysenterie amibe récurrente avec abcès du foie, par Brannan. (*N. York med. journ.*, 25 mars.) — De l'iodoforme dans la dysenterie, par Depied. (*Arch. de méd. nav.*, février.)

E

Eau. — Eau, hygiène et bactéries, par Leeds. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — Analyse bactériologique de l'eau, par Straus. (*Ann. de méd.*, 11 janvier.) — Examen bactériologique de l'eau d'un puits artésien à Dumfries, par Houston. (*Edinb. med. j.*, mars.) — Discussion sur les eaux de Lyon, à la Soc. nat. de méd. (*Lyon méd.*, 2 avril.) — Les eaux de boisson de Menton et de quelques villages des Alpes-Maritimes, leur rôle dans la production de la fièvre typhoïde au 27e chasseurs à pied, par Franchet. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — L'alimentation de Vienne en eau potable. Procès-verbaux des séances de la Société des médecins de Vienne. (*Vienne*, 1892 et *Hyg. Rundsch.*, II, 876.)

Eaux minérales. — Des eaux ferrugineuses, par Hayem. (*Ann. de méd.*, 5 avril.) — Essai sur les eaux minérales d'Amélie-les-Bains, par Grangier,

(*Thèse de Lyon.*) — Appareil et procédés nouveaux pour le dosage de l'acide carbonique dans les eaux minérales gazeuses, par Bovet. (*La clinique française*, avril.)

Eclampsie. — Trois cas d'éclampsie puerpérale, par Marroitt. (*Lancet,* 28 janvier.) — Considérations sur la pathogénie de l'éclampsie puerpérale, par Herrgott. (*Ann. de gynéc.*, janvier.) — La question du bacille de l'éclampsie, par Döderlein. (*Cent. f. Gynaek.*, 7 janvier.) — Éclampsie puerpérale, par Porteous. (*Med. News,* 11 février.) — Sur 455 cas d'éclampsie, par Bidder. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIV, 1.) — Un cas d'encéphalite chez l'enfant à la suite d'éclampsie chez la mère, par Wilke. (*Cent. f. Gynaek.*, 29 avril.) — Hémorragie du foie chez une éclamptique morte d'hémorragie ventriculaire, par Ranglaret. (*Soc. anat. Paris*, 25 février, p. 136.) — Éclampsie puerpérale au 7e mois, notes sur le traitement, par Ayres. (*Med. News*, 25 février.) — Contribution au traitement de l'éclampsie, par Merkel, (*Münchener med. Woch*, 1, p. 6.) — Des divers traitements de l'éclampsie et en particulier de l'intervention obstétricale, par Charpentier. (*Bull. acad. méd.*, 10 janvier.)

Eczéma. — Traitement de l'eczéma par Saalfeld. (*Therap. Monats.*, avril.) — Traitement externe de l'eczéma vésiculaire aigu, par Duhring. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 18 mars.)

Electricité. — Etudes d'électrothérapie, par Arthur Sperling. (Leipzig, 1892.) — Production des courants de haute fréquence et de grande intensité, leurs effets physiologiques, par d'Arsonval. (*Soc. de biol.*, 4 février.) — Le courant alternatif sinusoïdal en gynécologie, par Me Kaplan-Lapina. (*Thèse de Paris,* 22 mars.) — Dosage de l'excitation électrique des tissus vivants, par d'Arsonval. (*Soc. de biol.*, 25 mars.) — Démonstration expérimentale de l'action directe du courant voltaïque sur le cerveau et sur la moelle, par Danion. (*Ibid.*, 7 janvier.) — L'adaptation du courant d'Edison au galvanocautère, par Bermingham. (*N. York med. journ.*, 4 février.) — Un nouvel appareil destiné à remplacer la pile du galvanocautère, par Deschamps. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — De la galvanocaustie interstitielle, exposé d'une nouvelle méthode de thérapeutique, par Gilles. (*Soc. de biol.*, 11 mars.) — L'électricité en thérapeutique oculaire, par Pansier. (*N. Montpellier méd.*, suppl., 1, p. 104.) — Traitement des maladies des femmes, en particulier des fibromes, par l'électricité, par Nagel. (*Berl. klin. Woch.*, 22 août 1892.) — De l'emploi de l'électricité dans les fibromes utérins, par Jaggard. (*Americ. j. of Obst.*, janvier.) — Des contributions nouvelles du traitement électrique faradique et galvanique au diagnostic en gynécologie, par Apostoli. (*France méd.*, 3, p. 35.) — Nouvelle méthode pour démontrer le point de départ d'excitation ainsi que les phénomènes électrotoniques dans l'emploi des courants d'induction, par Piotrowski. (*Soc. de biol.*, 11 février.)

Eléphantiasis. — Sur l'éléphantiasis congénital, par Moncorvo. (*Ann. de dermat.*, IV, 3.) — Autre cas d'éléphantiasis des Arabes développé en Bretagne, par Guyot. (*Arch. de méd. nav.*, février.) — Eléphantiasis congénital du cuir chevelu, par de Magalhaes. (*Americ. j. of med. sc.*, février.) — Eléphantiasis vulvaire, ablation, par Halliday Croom. (*Edinb. med. journ.*, mai.)

Embolie. — Embolie de l'artère pulmonaire, mort six heures et demie après, par Gayford. (*Lancet,* 15 avril.) — Embolie de l'artère axillaire, par Davison. (*Lancet*, 4 février.)

Emphysème. — Emphysème sous-cutané généralisé dans un cas de diphtérie des voies aériennes chez l'adulte, statistique, par Pineau. (*Soc. anat. Paris*, 10 février.) — Sur une complication rare de la tuberculose, emphysème sous-cutané, par Colas. (*Thèse de Paris,* 9 février.)

Empoisonnement. — Sur l'influence des agents physiques et des chocs moraux sur les intoxications, par Féré. (*Soc. de biol.*, 11 mars.) — Empoisonnement par quatre drachmes d'extrait fluide d'aconit, par Altenloh. (*N. York med. journ.*, 1er avril.) — Empoisonnement par l'atropine, par Rhodes. (*Sheffield med. j.,* avril.) — Empoisonnement par la cocaïne, par Luther. (*Therap. Monats.*, février.) — Morphinophagie; morphinisme et diathèse, par Pichon. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Guérison de la morphinomanie par le sulfate de codéine. (*N. York med. journ.*, 7 janvier.) — Traitement de la morphinomanie, par Patein. (*Soc. de thérap.* 22 mars.) — Empoisonnement mortel par la strychnine, par Harley. (*Lancet,* 14 janvier.) — Empoisonnement par la strychnine, mort après neuf heures, par Henry et Edin. (*Lancet*, 25 mars.) — Empoisonnement par la strychnine, guérison, par Thomson. (*Brit. med. j.*, 25 février.) — De la respiration périodique dans l'intoxication par le chloralose, par Pachon et Richet. (*Soc. de biol.*, 11 mars.) — Empoisonnement par le bromoforme, par Dean. (*Lancet*, 6 mai.) — L'influence du groupe carboxyle sur les effets toxiques des combinaisons aromatiques, par Nencki et Boutmy. (*Arch. des Sc. biol. St-Pétersbourg*, I. p. 61.) — Un cas d'antipyromanie, par Cappelletti. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 1.) — Action de l'oxyde de carbone sur l'hématine réduite et sur l'hémochromogène, par Bertin-Sans et Moitessier. (*Acad. des Sc.*, 13 mars.) — Recherche de la proportion d'oxyde de carbone qui peut être contenue dans l'air confiné à l'aide d'un oiseau employé comme réactif physiologique, par Gréhant. (*Acad. des Sc.*, 6 février.) — Sur le mode d'élimination de l'oxyde de carbone, par de Saint-Martin. (*Ibid.*) — De l'intoxication par l'oxyde de carbone et particulièrement de l'anatomie pathologique et des signes de l'intoxication, par Bruneau. (*Thèse de Paris*, 5 janvier.) — Pendant combien de temps peut-on retrouver de l'oxyde de carbone dans le sang après l'empoisonnement, par Piotrowski. (*Soc. de biol.*, 22 avril.) — Sur l'empoisonnement par inhalation de gaz d'éclairage, par Draper. (*Boston med. journal*, 5 janvier.) — Cas cliniques d'empoisonnement par le gaz d'éclairage, par Mason. (*Ibid.*, 5 janvier.) — Empoisonnement accidentel par l'acide phénique, par Salle. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — Empoisonnement par l'usage de lavements phéniqués pour des oxyures, par Hawkins. (*Med. News*, 11 février.) — Intoxication mercurielle aiguë par des injections hypodermiques de cyanure de mercure, par Darier. (*Soc. d'opht. Paris*, 3 janvier.) — Des lésions dans l'intoxication mercurielle, par Letoux. (*Thèse de Paris*, 27 avril.) — Périostite aiguë maxillaire, par intoxication mercurielle, par Staveley et Pedley. (*Brit. med. j.*, 29 avril.) — Empoisonnement par le phosphore, pas de signes pendant six semaines, jaunisse et mort subite en six jours, par West. (*Lancet*, 4 février.) — Valeur de quelques substances comme antidote du phosphore, par Thornton. (*Therap. Gaz.*, 16 janvier.)

Enfant. — Pathologie de la croissance, par Guidi. (*Naples.*) — Sur la coïncidence de l'indicanurie et de la tuberculose chez les enfants, par Voute. (*Rev. mal de l'enf.*, janvier.) — Recherches sur le rapport du poids du fœtus au poids du placenta dans l'albuminurie et dans la syphilis, par Bridier. (*Thèse de Paris*, 15 février.) — Sur la facilité qu'a le fœtus pendant la vie utérine à contracter diverses maladies, par Bodenhamer. (*N. York med. journ.*, 8 avril.) — Le système nerveux dans l'enfance, par

Gay. (*Lancet*, 1er avril.) — Troubles mentaux consécutifs aux maladies aiguës de l'enfance, par Welt. (*N. York med. journ.*, 18 mars.) — De la paralysie douloureuse des jeunes enfants, par Brunon. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Condition peu remarquée dans les convulsions graves de l'enfance, par Bridge. (*Americ. j. of med. sc.* mars.) — Athétose double et diplégies cérébrales de l'enfance, par Lannois. (*Bull. méd.*, 19 avril.) — Hémiplégie spasmodique de l'enfance avec autopsie, par F. Fazio et G. Testaferrata. (*Riforma medica*, 17 janvier.) — L'hystérie chez l'enfant et son traitement, par Thomas. (*Rev. gén. de clin.*, 48, p. 753, 1892.) — Un cas d'anévrisme de l'artère basilaire chez un enfant de sept ans, par Oppe. (*Münch. med. Abhandlungen*, 2e série, n° 5.) — Fœtus hydrocéphale, par Villard. (*Lyon méd.*, 22 janvier.) — De la tuberculose des ganglions bronchiques chez l'enfant, par Spengler. (*Zeit. f. Hyg.*, XIII, 3, p. 347.) — Pneumonie croupale chez l'enfant, par Hawkins. (*London med. Soc.*, 27 mars.) — Erythème au début de la pneumonie lobaire infantile, par Arnaud et Lop. (*Rev. mal. de l'enfance*, avril.) — Formes et causes des broncho-pneumonies chez l'enfant, par Simon. (*Gaz. des hôp.*, 28 février.) — Remarques sur les affections pulmonaires aiguës chez les enfants, par Morrill. (*Boston med. journal*, 16 mars.) — De la péricardite aiguë chez les enfants, par Peyré. (*Thèse de Paris*, 23 février.) — Sur la stomatite herpétique chez les enfants, par Lebon. (*Thèse de Paris*, 23 février.) — Diarrhées infantiles, par J. Simon. (*Rev. gén. de clin.*, 52, p. 817, 1892.) — Notes sur la diarrhée des enfants, par Gwynne (*Sheffield med. journ.*, avril.) — Néphrite d'origine obscure chez plusieurs enfants de la même famille, par Benson (*Lancet*, 18 mars.) — Deux observations de cystite consécutive à des vulvo-vaginites chez des enfants, par A. Olivier. (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, décembre 1892.) — Sur l'albuminurie dans la malaria infantile, par Ferreira. (*Rev. mal. de l'enf.*, mars.) — De l'emploi des sels de quinine chez les enfants, par Gille. (*Rev. gén. de clin.*, 5, p. 73.) — Sclérème des nouveau-nés, par Porteous. (*N. York med. journ.*, 22 avril.) — De la polyarthrite déformante chez l'enfant, par Olinto. (*Rev. mal. de l'enfance*, janvier.) — Thyroïdectomie, enfant de 11 ans, par Vincent. (*Lyon méd.*, 8 janvier.) — Hernie inguinale gauche étranglée chez un enfant de 8 mois; opération, guérison, par Reckitt. (*Lancet*, 18 mars.) — A propos d'un cas de hernie cæcale chez un enfant de 17 mois, par van Heuverswyn. (*Journ. sc. méd. Lille*, 10 février.) — Traitement d'un cas de fracture du fémur survenue pendant l'accouchement, par Hubbard. (*Med. News*, 25 mars.) — 3 obs. de troubles nerveux chez des enfants atteints de phimosis congénital, guéris par la circoncision, par Denucé. (*Ann. policlin. Bordeaux*, juillet 1892.)

Epilepsie. — Genèse physiologique de l'épilepsie, par Roncoroni. (*Arch. di psichiat.*, XIV, 1.) — De l'hospitalisation des épileptiques par Marandon de Montyel. (*Ann. méd. psych.*, janvier.) — De l'épilepsie jaksonnienne, par Rauzier. (*Semaine méd.*, 4 janvier.) — De l'épilepsie, par Neisser. (*Therap. Monats.*, mars.) — Sur la fréquence et sur la distribution de quelques difformités de la peau chez les épileptiques, par Féré. (*Soc. de biol.*, 21 janvier.) — Obs. d'épilepsie avec quelques manifestations spéciales, par James. (*Edinb. med. j.*, mars.) — La bromuration à hautes doses dans l'épilepsie, par Féré. (*Rev. de méd.*, mars.) — Trépanation pour épilepsie, par Sodenbaum. (*Annals of surg.*, part. 1.)

Epithéliome. — Tumeur épithéliale du type sébacé, par Lagoutte. (*Lyon méd.*, 22 janvier.)

Erysipèle. — De l'érysipèle atténué, par Juhel-Renoy. (*Bull. méd.*, 1er mars

Influence de l'érysipèle sur l'évolution de la tuberculose, par Le Gendre et Beaussenat. (*Société méd. des hôpitaux*, 27 janvier.) — Influence néfaste de l'érysipèle sur l'évolution de la phtisie pulmonaire, par Comby. (*Ibid.*, 20 janvier.) — Erysipèle et arthropathies. Influence de l'érysipèle sur le rhumatisme, par Le Gendre et Beaussenat. (*Ibid.*, 27 janvier.) — Myélite aiguë expérimentale produite par l'érysipélocoque, par Bourges. (*Soc. de biol.*, 18 février.) — Erysipèle des parties génitales dû à des onctions par une pommade infectée, par Peckham. (*Med. News*, 11 février.)

Erythème. — Des érythèmes de la région fessière chez les enfants en bas âge, par Aubert. (*Thèse de Bordeaux.*) — Quelques cas d'exanthèmes médicamenteux, dermatite diffuse, érysipèle médicamenteux, par Lanz. (*Monats f. prakt. Dermat.* XVI, 7.)

Estomac. — Influence des alcalis et des acides sur les fonctions motrices de l'estomac du chien, par Hirsch. (*Cent. f. klin. Med.*, 28 janvier.) — Considérations sur le chimisme stomacal, par Raulin. (*Journ. Méd. Bordeaux*, 5 mars.) — Résumé des méthodes modernes de diagnostic des maladies de l'estomac, par Stewart. (*Med. News*, 18 février.) — Deux cas de dyspepsie par hypersécrétion gastrique à forme intermittente, par Auché. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er janvier.) — Hypersécrétion gastrique intermittente chez un ataxique, par Soupault. (*Rev. de méd.*, février.) — Dyspepsies nerveuses, par Soupault. (*Thèse de Paris*, 23 février.) — La dyspepsie hyperchlorydrique et son traitement, par Huchard. (*Rev. gén. de clin.*, 51, p. 801.) — Gastrite chronique, hématémèse mortelle, par Lépine et Bret. (*Arch. de méd. expér.*, V. 2.) — Obs. remarquables d'ulcérations gastriques, leurs résultats, par West. (*Brit. med. j.*, 8 avril.) — Ulcère de l'estomac, par Wolff. (*Med. News*, 4 février.) — Ulcération tuberculeuse de l'estomac, par Musser. (*Philadelph. hosp. Rep.*, I, 1892.) Perforation de l'estomac, par Anson. (*Lancet*, 4 mars.) — Abcès dus à une perforation d'ulcère de l'estomac, dix cas, par Penrose et Dickinson. (*London clin. Soc.*, 13 janvier.) — Étiologie de l'ulcère de l'estomac, par Stockton. (*Med. News*, 14 janvier.) — De la fièvre dans le cancer de l'estomac, par Garcin. (*Thèse de Lyon.*) — Cancer de l'estomac, par Peter. (*La médecine moderne*, 25 janvier 1893, p. 74.) — De la médication antidyspeptique, par Gilbert. (*Gaz. heb. Paris*, 28 janvier.) — Les alcalins dans le traitement de la dyspepsie, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 17 janvier.) — Action du bicarbonate de soude sur la digestion chez l'homme, par Linossier et Lemoine. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 29 mars.) — La laparotomie dans l'ulcère perforé de l'estomac, par Romme. (*Tribune méd.*, 12 janvier.) — Adénome de l'estomac, par Norman. (*Royal acad. of med. Ireland.*, 17 février.) — Ulcère perforant de l'estomac, gastrorraphie, mort au 31e jour, par Gilford. (*Brit. med. j.*, 6 mai.) — Ulcère perforant de l'estomac traité par la laparotomie, par Haward et Dickinson. (*London clin. soc.*, 28 avril.) — Les plaies pénétrantes de l'estomac et de l'intestin, par Fantino. (*Morgagni*, juillet 1892.) — De la gastrostomie par la méthode de la valvule ou du plissement de la muqueuse stomacale, par Pénière. (*Arch. prov. de Chir.*, II, 5.) — Jéjunostomie pour un cancer inopérable de l'estomac, par Briddon. (*Annals of surg.*, XVII, 3.) — Pièce provenant d'une gastro-entérostomie, par Monod. (*Bull. soc. de Chir.*, XIX, p. 83.) — *Idem*, par Reclus. (*Ibid.*, p, 84.) — Gastro-entérostomie, pour sténose pylorique, par E. d'Ursi. (*Riforma medica*, 21 janvier, p. 194.) — Un cas de gastro-entérostomie, par Hume. (*Brit. med. j.*, 22 avril.) — Ulcère simple de l'estomac simulant un cancer, signes de sténose pylorique, gastro-entérostomie, mort, par Jayle et Thiercelin. (*Soc. anat. Paris*,

20 janvier.) — De la gastro-entérostomie, par MORESTIN. (*Gaz. des hôp.*, 21 janvier.) — Cancer du pylore, pylorectomie, mort, par PÉPIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 février.) — Cancer du pylore, gastro-entérostomie, guérison, par PÉPIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 février.) — Note sur un nouveau procédé d'anastomose gastro-intestinale, par J. MATIGNON. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 janvier.)

F

Face. — Malformation congénitale de la face, par COLLET. (*Lyon méd.*, 2 avril.) — Épithélioma de la face, guéri par la pâte arsenicale, par HUE. (*Normandie méd.*, 15 août 1892.) — Méloplastie pour un épithélioma étendu de la face, par MEYER. (*N. York acad. of med.*, 13 février.)

Ferment. — Sur un ferment soluble nouveau transformant le tréhalose en glucose, par BOURQUELOT. (*Soc. de biol.*, 22 avril.)

Fièvre. — Les doctrines de la fièvre, par BOUCHARD. (*Semaine médicale*, 15 mars.) — Des phénomènes chimiques du frisson, par RICHET. (*Soc. de biol.*, 14 janv.) — Physiologie de la mort par fièvre traumatique, par MALCOLM. (*Lancet*, 25 février.) — Nouveau procédé de mensuration de la fièvre, par BISHOP. (*Med. News*, 28 janv.) — Doit-on traiter la fièvre? par ARMSTRONG. (*Med. News*, 11 février.) — Sur une nouvelle forme de fièvre rencontrée sur les bords de la Méditerranée, par BRUCE. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 4.) — Fièvre récurrente, par METCHNIKOFF. (*Arch. de méd. nav.*, avril.)

Fièvre jaune. — Rapport sur l'épidémie de fièvre jaune au Soudan, par PRIMAT. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) — Leçons sur la fièvre jaune, par JONES. (*Saint-Louis med. journ.* 2.)

Fistule. — Contribution à l'étude de l'étiologie des fistules vaginales, par HOHENBALKEN. (*Wiener med. Presse*, 19 février.) — Opération pour la cure de la fistule vésico-cervicale par la taille haute, par ROSENTHAL. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — Fistule stercorale ombilicale acquise, par SMITH. (*Édinb. med. journ.*, fév.)

Foie. — Des causes de l'excrétion d'acide lactique après l'extirpation du foie, par MINKOWSKI. (*Arch. f. experim. Path.*, XXXI, 2 et 3.) — Ictère chronique par rétention biliaire due à un rétrécissement du canal cholédoque, atrophie de la vésicule biliaire, insuffisance hépatique par BEZANCON. (*Soc. anat. Paris.* 17 fév.) — Des ictères chroniques, par RENDU. (*Semaine méd.*, 11 fév.) — Du fonctionnement de la cellule hépatique dans certaines infections du tube digestif, par CASSAET. (*Société de biol.*, 11 mars.) — Du foie infectieux, par GASTOU. (*Thèse de Paris.* 10 mai.) Un cas de cirrhose du foie par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 23 fév.) — Considérations générales sur la cirrhose alcoolique, par HANOT. (*Semaine méd.*, 29 avril.) — De l'ictère grave hypothermique, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Cirrhose alcoolique du foie sans ascite ni splénomégalie, par MERKLEN et JACOBSON. (*Ibid.*, mars.) — Diagnostic des abcès du foie, par LEBLOND. (*Gaz. des hôp.*, 4 fév.) — Maladie kystique essentielle du

foie et des reins, par Mollière. (*Lyon méd.*, 23 avril.) — Traitement des maladies du foie par le calomel, par Palma. (*Therap. Monats.*. mars.) — Foie flottant, par Kreider. (*Med. News*, 22 avril.) — De la chirurgie du foie et de la vésicule biliaire par Mayo Robson. (*Brit. med. j.*, 15 avril.) — Plaie du foie par arme tranchante, suture, guérison, par Postempsky. (*Spallanzani*, 10, 1892.)

Forceps. — Du forceps à traction axiale, par Keiller. (*Americ. j. of obst.*, avril.)

Fracture. — Fracture des os longs dans le tabes, la syphilis et la paraplégie, par Rivington (*Royal med. and chir. soc.*, 28 février.) — Des fractures des os longs non consolidés sans formation de pseudarthroses, par Blagowestschensky. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 4.) — Fracture de l'angle inférieur de l'omoplate, par Denucé. (*Journ. méd. Bordeaux*, 18 décembre 1892.) — Fracture de côtes par la toux, par Nash. (*Lancet*, 4 fév.) — Du traitement de fractures simples de côtes, par Gilles. (*Marseille médical*, 1, p. 25.) — Du traitement des fractures du coude chez l'enfant par l'immobilisation en extension et en flexion alternative avec supinations, par Guedeney. (*Thèse de Lyon.*) — Attelle pour les fractures et luxations du coude, par Dulles. (*Med. News*, 25 fév.) — Disjonction traumatique de l'épiphyse intérieure du femur, par Packard. (*Med. News*, 7 janv.) — Fracture du fémur par action musculaire, par Jones. (*Brit. med. j.*, 14 janv.) — Fracture de la rotule par l'extension continue, et sans séjour au lit, par Bryant. (*Med. News*, 7 janvier.) — Traitement des fractures de la rotule par la suture, procédé de Périer, par Gilis. (*Thèse de Paris*, 3 mai.) — Fracture compliquée de la jambe, hémorragie secondaire, ligature de la tibiale antérieure, guérison, par Pearce Gould. (*Lancet.*, 4 mars.) — Fracture des os de la jambe chez un rachitique, pseudarthrose, résection, guérison, par Romniciano. (*Rev. de chir.*, avril.) — Notes sur le traitement des fractures, par King. (*Med. News*, 11 mars.) — Moyen de prévenir les raccourcissements après les fractures, par Keetley. (*London med. soc.*, 13 février.)

Furoncle. — Eruption furonculeuse limitée au côté de la face paralysé dans un cas d'hémiplégie gauche, par Matignon. (*La médecine moderne*, 11 janvier.)

G

Gangrène. — Bactériologie de l'emphysème septique, par Chiari. (*Prager med. Woch.*, 1.) — Gangrène de la lèvre par succion chez un paralytique général, par Vallon. (*Arch. de neurol.*. XXV, n° 74.) — Gangrène phéniquée de l'index, amputation, guérison, par Jayle (*Soc. anat. Paris*, janvier, p. 45.) — Gangrène du petit doigt par application d'un pansement phéniqué, par Monnier. (*France méd.*, n° 2, p. 17.)

Génitaux. — Essai sur un mode d'évolution de l'instinct sexuel, par Arrufat. (*Thèse de Lyon*, 1892.) — Des fistules péniennes congénitales, par Englisch. (*Int. cent. f. Phys. u Path. des Harn. u Sexualorgane*, III, p. 327.) — Constriction circulaire du pénis chez un enfant produisant une sorte d'éléphantiasis, par Shepherd. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Anatomie

de l'hymen et de la commissure postérieure de la vulve, par CULLINGWORTH. (*Journ. of anat.*, VII, 3 avril.) — 7 cas rares de malformation congénitale des organes génitaux chez la femme, par MUNDÉ. (*Americ. j. of obst.*, mars.)— Des malformations des organes génitaux de la femme, par KOCHENBURGER. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVI, 1.) — Hématome de la vulve, par SIMON. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 janvier.) — Fibrome calcifié de la grande lèvre droite, rétention partielle d'urine, opération, guérison, par DE VILLIERS et DAMAGE. (*Arch. de tocol.*, février.)

Géographie méd. — L'île Jan Mayen et le Spitzberg, par COUTEAUD. (*Arch. de méd. nav.*, mars.)

Glaucome. — Glaucome chez une jeune fille de 18 ans, par AYRES. (*Americ. j. of opht.*, janvier.) — Un cas de glaucome hémorragique avec thrombose de la veine centrale de la rétine et ectropion de l'uvée, par WEINBAUM. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 3.) — Sur le traitement du glaucome hémorragique, par DE BOURGON. (*Ann. d'ocul.*, mars.)

Goutte. — Goutte intestinale, pathologie et traitement, par HAIG. (*Practitioner*, janvier.) — Dépôts uratiques dans la conjonctive, par DAVIES-PRYCE. (*London clin. Soc.*, 13 janvier.)

Grippe. — La grippe endémique, par FIESSINGER. (*Semaine méd.*, 11 fév.) — Essai sur la grippe et les causes de ses épidémies, par DIDIER. (*Thèse de Paris*, 5 janvier.) — Grippe caractérisée par des accès fébriles d une grande intensité accompagnés de douleurs excessives et de vomissements ayant duré 120 jours, par SURMAY. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.) — Diabète consécutif à la grippe, guérison, par HETHERINGTON et BROWN. (*Lancet*, 21 janvier.) — Influenza, thromboses de l'artère mésentérique et de l'artère brachiale, par STEVENSON. (*Lancet*, 21 janvier.) — Un cas de névrite du nerf auditif, suite de grippe, par GRADENIGO. (*Allg. Wiener med. Zeit.* XXXVIII.) — De l'orchite grippale, par FIESSINGER. (*Gaz. méd. Paris*, 4 février.)

Grossesse. — Plaidoyer pour l'examen méthodique des femmes enceintes, dans la pratique privée, par MABBOTT. (*N. York med. journ.*, 15 avril.) — De l'influence exercée sur la grossesse par la section des nerfs hypogastriques, lombaires et sacrés, par LANNEGRACE. (*N. Montpellier méd.* (suppl.), 1, p. 5.) — Déplacement artificiel de l'utérus gravide, par FORSTETTER. (*Arch. de tocol.*, février.) — Rotation utérine, son importance dans la grossesse et l'accouchement, par HAIG FERGUSON. (*Edinb. med. j.*, avril.) — Grossesse à 14 ans, avant toute menstruation, par GODSON. (*Brit. med. j.*, 8 avril.) — Contribution hippocratique à l'histoire de la grossesse nerveuse ou imaginaire, par BOUCHACOURT. (*Lyon. méd.*, 19 mars.) — Sur le souffle utérin, par BUÉ. (*Thèse de Lille*, 1892.) — Traitement des vomissements de la grossesse, par FROMMEL. (*Cent. f. Gynaek.*, 22 avril.) — Traitement des vomissements de la grossesse, par LUEZ. (*Thèse de Paris*, 18 janvier.) — Cancer du col compliquant la grossesse, par COE. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — De l'hydropisie aiguë de l'amnios et de son traitement par NINAUD. (*Thèse de Paris*, 15 mars.) — Amputation de l'utérus gravide et de ses annexes, travail avancé, procidence du cordon, pédicule interne, guérison, par FERNANDES. (*Arch. de tocol*, février.) — Colpaporrexie dans la grossesse, extirpation de l'utérus par la laparotomie, par BIDDER. (*Cent. f. Gynaek.*, 21 janvier.) — Cas de grossesse extra-utérine, par WOLCOTT. (*Boston med. journal*, 16 mars.) — Un cas de grossesse

tubaire, par Berlin. (*Ibid.*, 16 mars.) — Grossesses tubaires. Remarques sur le choix du mode opératoire, par Cabot. (*Ibid.*, 16 mars.) — Cas de grossesse extra-utérine, par Makechnie. (*Ibid.*, 9 mars.) — Cas de grossesse extra-utérine, par Homans. (*Ibid.*, 9 mars.) — Cas de grossesses extra-utérines, par Worcester. (*Ibid.*, 26 janvier.) — Observations de grossesse extra-utérine, par Worcester. (*Ibid.*, 2 février.) — Grossesse extra-utérine, par Haven. (*Ibid.*, 2 février.) — Grossesse extra-utérine, par Reynolds. (*Ibid.*, 2 février.) — Grossesse extra-utérine, par Whitney. (*Ibid.*, 2 février.) — Grossesse extra-utérine deux fois chez la même malade, la deuxième fois avec obstruction intestinale, par Beck. (*Americ. j. of. obst.*, avril.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison, par Bureau. — De la grossesse extra-utérine du 1er au 3e mois; de son diagnostic et de son traitement, par Boisleux. — Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 7e mois. Ruptures du kyste, fœtus dans la cavité péritonéale. Laparotomie. Guérison, par Lepage. (*Ann. de la Soc. obst. de France,* 22 avril 1892.) — Fausse grossesse tubaire, par Pichevin. (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, sept. 1892.) — Utérus bicorne monocervical avec grossesse dans la corne droite. Avortement au sixième mois, par Schepers. (*Deutsche med. Woch.*, p. 458, 19 mai.) — De la grossesse extra-utérine, par Laskine. (*Arch. gén. de méd.*, janvier et mars.) — De la grossesse tubaire répétée chez la même femme, par Abel. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIV, 1.) — De la grossesse extra-utérine, par Muret. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVI, 1.) — Anatomie de la grossesse extra-utérine, de la structure du placenta tubaire, par Zedel. (*Ibid.*) — Développement du placenta dans la grossesse extra-utérine, par Dixon Jones. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — Grossesse tubaire, rupture, laparotomie, guérison, par Byers. (*Brit. med. j.*, 29 avril.) — Grossesse extra-utérine tubaire, extirpation, par Quénu. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 60.) — Grossesse tubaire, laparotomie à neuf mois et demi; guérison, par Lugeol. (*Journ. méd. Bordeaux*, 1er janvier.) — De l'opération de la grossesse ectopique, par Cragin. (*Americ. j. of. obst.* janvier.)

Gynécologie. — De l'hydrothérapie en gynécologie, par Jacob. (*La Policlinique, Bruxelles*, 15 déc. 1892, et *Arch. de tocol.*, mars.)

H

Helminthe. — La bilharzia hœmatobia en Tunisie, par Cahier. (*Arch. de méd. milit.*, fév.) — Bilharzia et bilharziose, par Lortet. (*Lyon méd.*, 30 avril.) — De la production d'ecdysis artificielle de la filaire du sang, par Manson. (*Brit. med. j.*, 15 avril.)—Lésions anatomiques produites par le distoma sinense, par Moty. (*Soc. de biol.*, 25 fév.) — Traitement des oxyures, par Nicholson. (*Semaine méd.*, 25 janv.)

Hémoglobinurie. — Hémoglobinurie paroxystique guérie par les injections mercurielles, par Köster. (*Therap. Monats.*, fév.)

Hémorragie. — Hémorragie dentaire arrêtée par le lycoperdon giganteum par Smith. (*Edinb. med. j.*, janv.) — Des hémorragies gastro-intestinales au cours des cardiopathies, par Stavaux. (*Thèse de Paris*, 16 mars.) — Ligature de l'iliaque externe pour hémorragie secondaire après l'amputa-

tion de cuisse, par DE RENZI. (*Lancet,* 4 mars.) — Métrorragie chez une vierge hémophile, par RECHT. (*Soc. anat. Paris,* 17 mars.) — Hémorragie par l'ouraque, par RAMSAY SMITH. (*Edinb. med. j.,* avril.) — De l'hémorragie post partum, son traitement par la compression de l'aorte, par BISHOP. (*Lancet,* 22 avril.) — Hémorragie accidentelle utérine, par ROSENBERG. (*Americ. j. of obst.,* fév.) — Cinq cas d'hémorragie accidentelle, par DICKINSON. (*Ibid.*) — Hémorragie suite d'inertie utérine, par LOWRY. (*Med. News,* 11 fév.)—Le traitement des hémorragies post partum, par MURRAY. (*N. York med. journ.,* 18 fév.)

Hémorroïdes. — Étude sur les hémorroïdes, anatomie pathologique, par QUÉNU. (*Rev. de chir.,* mars.) — Sur la présence de micro-organismes dans les hémorroïdes thrombosées, par QUÉNU. (*Soc. anat. Paris,* 10 fév.) — Traitement des hémorroïdes, par RECLUS. (*Gaz. des hôp.,* 23 mars.) — Traitement des hémorroïdes et du prolapsus du rectum par le clamp et le cautère, par SMITH. (*Lancet,* 4 mars.)

Hérédité. — L'hérédité normale et pathologique, par SANSON. (In-8°, 430 p., *Paris.*)

Hernie. — Rapports de cause à effet entre les affections des voies respiratoires supérieures et les hernies, par FREUDENTHAL. (*Berlin* et *Neuwied,* 1892.) — Paralysie intestinale compliquant les hernies chez les vieillards, par LANGE. (*N. York acad. of med.,* 13 fév.) — Hernies congénitales enkystées dans une hydrocèle funiculaire, par PHOCAS. (*Gaz. des hôp.,* 3 janv.) — Des hernies inguinales irréductibles par excès de volume ou de consistance et sans adhérences, par GAYE. (*Thèse de Paris,* 9 fév.) — Hernie inguinale gauche comprenant la presque totalité de l'intestin, perforation de l'estomac, péritonite aiguë, par JAYLE. (*Soc. anat. Paris,* janv., p. 42.) — Hernie inguinale et lombaire droite, par BLAND TUCKER. (*Americ. j. of obst.,* mars.) — La hernie inguinale chez l'homme, par MARCY. (*N. York med. journ.,* 4 fév.) — Double hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe; absence du vagin et du col utérin, pas de menstruation, herniotomie, par PARKER. (*Brit. med. j.,* 14 janv.) — Hernie inguinale simultanée de la trompe utérine et de la vessie, les hernies de la trompe, les lésions opératoires de la vessie herniée, par LEJARS. (*Rev. de chir.,* janv.) — D'un procédé de cure radicale appliqué en Turquie d'Asie aux hernies inguinales réductibles, par OMER-CHEFKI. (*Lyon méd.,* 12 fév.) — Nouvelle méthode pour la cure radicale de la hernie inguinale, par BAXTER. (*Annales of surg.,* XVII, 3.) — Des hernies de l'appendice vermiforme, par BRIEGER. (*Arch. f. klin. Chir.,* XLV, 4.) — Hernie diaphragmatique spontanée du colon et de l'épiploon, étranglement, mort, par ANNEQUIN. (*Arch. de méd. milit.,* janv.) — Cure radicale de la hernie épigastrique, par RIOU. (*Thèse de Paris,* 16 mars.) — Hernie épiploïque irréductible, simulant un kyste du cordon, cure radicale, guérison, par DEMMLER. (*Arch. de méd. milit.,* fév.) — De la hernie obturatrice étranglée, un cas guéri par l'opération, par WYMAN. (*Annals of surg.,* part. 1.) — Hernie ombilicale et ventrale, par WATHEN. (*Americ. j. of obst.,* avril.) — Torsion du colon dans le sac d'une hernie ombilicale, gangrène de l'intestin, résection de la plus grande partie du colon transverse, anus artificiel, par MAKINS. (*Lancet,* 29 avril.) — Hernie ombilicale chez la femme, par DUDLEY. (*Americ. j. of obst.,* fév.) — Deux cas de hernie étranglée, hernie ombilicale et hernie inguinale chez deux femmes, par BOISLEUX. (*La Clinique franç.,* fév.) — Un nouveau procédé opératoire pour la cure radicale des hernies ombilicales volumineuses, par AUBEAU. (*Ibid.*) — Omphalectomie totale et hernies ombilicales,

2 obs., par CONDAMIN. (*Lyon méd.*, 9 avril.) — La cure radicale dans la hernie ombilicale, par LE DENTU. (*Gaz. des hôp.*, 10 janv.) — Hernie ventrale consécutive à la laparotomie, par DUNNING. (*Americ. j. of obst.*, janv.) — Opérations de hernies, par HAMILTON. (*Med. News*, 28 janv.) — 3 cas de hernie étranglée traités par le lavage de l'estomac, par LUND. (*Lancet*, 4 fév.) — De la cure radicale des hernies, par FOWLER. (*Annals of surg.*, part. 1.) — Accidents consécutifs à l'ablation de parties du péritoine dans les opérations de hernie, par BULL. (*Annals of surg.*, XVII, 3.) — Résection de l'intestin et suture immédiate dans la hernie gangrénée, par FRANKS. (*Royal med. and chir. soc.*, 28 mars.) — Cure radicale des hernies par les injections hypodermiques, par KLOMON. (*N. York med. journ.*, 7 janv.)

Histologie. — Propriétés colorantes de l'oxychlorure de ruthénium ammoniacal, par NICOLLE et CANTACUZÈNE. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 4.) — De l'histologie et de l'étiologie du liseré de Burton, par MESNY. (*Thèse de Bordeaux.*)

Hydatide. — Traitement des kystes hydatiques de l'orbite, par TERSON. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — Des kystes hydatiques du poumon, par BEZOU. (*Thèse de Paris*, 13 mai.) — Des hydatides du cou, par GÜTERBOCK. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 4.) — Kyste hydatique du foie chez un enfant de six ans et demi, ponction et récidive, traitement chirurgical, guérison, par BILHAUT. (*Clinique française*, avril.) — Kyste hydatique du foie développé aux dépens d'un système de canaux ramifiés et ayant conservé avec eux ses communications, par HALIPRÉ. (*Soc. anat. Paris*, 13 janv.) — Contribution à l'étude du diagnostic des kystes hydatiques de la face inférieure du foie, par MICHEL. (*Union médicale*, 12 janvier.) — L'extirpation des kystes hydatiques du foie et de la paroi kystique par la laparotomie, par BRUCE CLARKE. (*Brit. med. j.*, 1er avril.) — Volumineux kyste hydatique abdominal, par STAMM. (*Med. News*, 8 avril.)

Hygiène. — Les services sanitaires de la ville de Paris et du département de la Seine, par JOLTRAIN. (In-8°, 300 p., *Paris.*) — L'outillage sanitaire de la ville de Paris, par MARTIN. (*Bull. Acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 22 février.) — Le système sanitaire maritime de la Louisiane, par MACARTHUR. (*Edinb. med. j.*, avril.) — Sur l'hygiène de la ville d'Alger, par JULIEN. (*Thèse de Bordeaux.*) — Organisation des services de médecine publique et d'hygiène à Berlin, par A. WERNICH. (*Hyg. Rundsch.*, II, 825.) — Les effets de la consanguinité, par REGNAULT. (*Rev. scientif.*, 25 fév.) — L'usine frigorifique de la Villette, par ROCHARD. (*Union médicale*, 10 janvier.) — Incinération et enlèvement des ordures ménagères, par J. ROCHARD. (*Union médicale*, 24 janvier.) — Infection par l'air et dangers des convois funèbres dans les églises, par WEBER. (In-8° 56 p., *Paris.*) — Disposition des canalisations d'égout, par BEVAN. (*Med. News*, 7 janv.) — Table-banc Velle et pupitre Velle, cadre tuteur. (*Lyon méd.*, 2 avril.) — De la prostitution à Saint-Pétersbourg et des règlements de police, par FEDOROW. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 3.)

Hystérie. — La foi qui guérit, par CHARCOT. (*Arch. de neurol.*, janv.) — Sur le mécanisme psychique des phénomènes hystériques, par FREUD. (*Wiener med. Presse*, 22 janv.) — Le somnambulisme hystérique spontané considéré au point de vue nosographique et médico-légal, par CHARCOT. (*Gaz. hebd. Paris*, 7 janv.) — Sur un cas de déterminisme ambulatoire, par P. FUNAIOLI. (*Riforma medica*, 19 janvier.) — Un cas singulier d'hystérie

mâle, par Popoff. (*Arch. de neurol.*, mai.) — La nutrition dans l'hystérie, par Gilles de la Tourette et Cathelineau. (*Soc. de biol.*, 4 fév.)— A propos de la soi-disant formule urinaire de l'hystérie, par Féré. (*Soc. de biol.*, 11 fév.) — Sur l'abaissement de la pression artérielle dans l'hémiplégie hystérique, par Féré. (*Soc. de biol.*, 28 janv.) — De l'hémicranie hystérique, par Auld. (*Lancet*, 15 avril.) — Sur 3 cas de monoplégie brachiale hystérique, par Kinnosuke Miura. (*Arch. de neurol.*, mai.)—Pseudo-hémoptysies d'origine hystérique, par Josserand. (*Lyon méd.*, 2 avril.) — Des pseudoméningites hystériques, par Brugère. (*Thèse de Bordeaux.*) — Manifestations oculaires de l'hystérie, par Grandclément. (*Lyon méd.*, 15 janv.)—Un cas d'hystérie traumatique accompagnée d'astasie et abasie, par Piotrowski. (*Soc. de biol.*, 15 avril.) — Astasie-abasie hystérique, par Bremer. (*Journ. of nerv. dis.*, janv.) — Des éruptions cutanées chez les hystériques, par Gauthier. (*Thèse de Lyon.*) — Pemphigus hystérique, par Bondet. (*Lyon méd.*, 1er janv.) — Respiration rapide, hystérie; forme particulière de rupia chez une hystérique, par Weir Mitchell. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — Une quatrième laparotomie chez une hystérique, par J. Bryant. (*N. York med. record.*, 24 déc. 1892.)

Hypnotisme. — L'emploi de l'hypnotisme chez les aliénés, par Robertson. (*Journ. of mental sc.*, janv.) — Hypnotisme chez les Annamites, par Michaud. (*Bull. de thér.*, 28 fév.) — 4 cas traités par l'hypnotisme, par Booth. (*N. York med. journ.*, 11 mars.) — Hypnotisme et double conscience, origine de leur étude et divers travaux sur des sujets analogues, par Azam. (In-8° 375 p., *Bordeaux.*)

I

Ichthyose. — Ichthyose avec éruptions pemphigoïdes, par Von During. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XV, 12.)

Idiotie. — Idiotie congénitale, atrophie cérébrale, tics nombreux, par Bourneville et Noir. (*Arch. de neurol.*, XXV, n° 74.

Infection. — Humeurs et sécrétions dans l'infection expérimentale, par Charrin. (*Soc. de biol.*, 18 fév.) — Des inoculations préventives dans les maladies infectieuses, par Sternberg. (*Boston med. journal*, 19 janvier. Auto-inoculation graduelle comme facteur dans la production de l'immunité contre l'infection septique, par Binnie. (*Annals of surg.*, XVII, 3.) — Auto-infection par l'intestin, par Bates. (*N. York med. j.*, 22 avril.) — Immunité acquise pour certaines maladies infectieuses, par Roosevelt. (*N. York med. journ.*, 18 mars.) — Nouvelle méthode de traitement des maladies infectieuses de nature microbienne, au moyen de ferments figurés, par de Backer et Bruhat. (*Soc. de biol.*, 4 mars.)

Inflammation. — Pathologie comparée de l'inflammation, par Queyrat. (*Rev. de méd.*, fév.) — Historique et critique de la théorie de l'inflammation, par Ziegler. (*Beit. z. path. Anat.*, XII, 1, p. 152.)

Injections. — Des injections de liquides organiques au point de vue physiologique et thérapeutique, par Dufournier. (*Semaine méd.*, 14 janv., et *Thèse de Paris*, 2 mars.) — Les injections de liquide organique, par

P. Chéron. (*Union médicale*, 21 janvier.) — Sur les dangers des injections sous-cutanées de liquides organiques, quand ces liquides ne sont pas parfaitement limpides, par Guinard. (*Soc. de biol.*, 4 mars.) — Sur les effets des injections séquardiennes comparés aux effets des injections de glycérine neutre, par Pilatte. (*Semaine méd.*, 8 mars.) — Injections de Brown-Séquard dans la tricophytie, par Augagneur. (*Lyon méd.*, 12 mars.) — Sur les effets des injections hypodermiques de glycérine neutre chez les hémiplégiques et les tabétiques, par Halipré et Tariel. (*Semaine méd.* 25 février.) — Sur les accidents des injections intra-utérines, par Troquart. (*Journ. méd. Bordeaux*, 11 sept. 1892.) — Technique des injections salées sous-cutanées et intra-veineuses, par H. Strauss. (*Berlin. klin. Wochen.*, 965, p. 19 septembre 1892.) — Les injections de gaïacol dans les affections pulmonaires, par Peter. (*France méd.*, 1, p. 1.) — Médication hypodermique, des injections sous-cutanées de créosote, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 26 janv.)

Intestin. — L'appendice iléo-cœcal, par Clado. (*Annals of surg.*, part. 1.) — Appendice iléo-cœcal s'ouvrant dans l'intestin grêle, par Thoyer. (*Soc. anat. Paris*, 17 mars.) — De l'atonie gastro-intestinale, considérations générales, par Cuffer. (*Bull. méd.*, 8 mars.) — 2 cas d'entérite membraneuse, par Solis-Cohen. (*Med. News*, 11 février.) — Entérite desquamative, par Light. (*Practitioner.*, mars.) — Côlite ulcéreuse simple, par Caley. (*Harveian Soc. of London*, 23 mars.) — 5 cas d'appendicite, par Broughton. (*Boston med. journal.*, 23 mars.) — 7 cas d'appendicite, par Richardson. (*Ibid.*, 23 mars.) — Quelques cas récents d'appendicite, par Jacobson. (*Med. News*, 4 mars.) — Appendicite, par Wyman. (*N. York med. journ.*, 25 fév.) — De l'appendicite, par Sullivan. (*Ibid.*, 15 avril.) — Péritonite par perforation de l'appendice vermiforme, mort d'hémorragie, par Stedman. (*Lancet.*, 6 mai.) — Observation d'appendicite à répétition, par Cassin et Terrier. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 janvier.) — Pyléphlébite suppurée et abcès hépatique consécutifs à une appendicite, 2 cas, par Shoemaker. (*Med. News*, 15 avril.) — Périty phlite sans appendicite consécutive à une typhlite primitive, par Cabannes et Bousquet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 février.) — De l'appendicite par corps étrangers, par Le Guern. (*Thèse de Paris*, 10 mai.) — Série de typhlites à rechutes traitées par l'opération, par Treves. (*Brit. med. j.*, 22 avril.) — Appendicite, analyse de 68 cas, par Barling. (*Ibid.*) — Du traitement chirurgical des appendicites, par Nouailles. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du traitement de la constipation habituelle, par Semmola. (*Progresso med.*, 15 janv.) — La constipation habituelle et son traitement par les grands lavements d'huile, par Kussmaul. (*Semaine méd.*, 25 janv.) — De l'antisepsie intestinale, par C. Paul. (*Soc. de thérap.* 22 fév.) — Des tumeurs primitives de l'appendice vermiculaire, par Lafforgue. (*Thèse de Lyon.*) — Papillomes multiples du gros intestin, par Dalton. (*London pathol. soc.*, 17 janv.) — Rétrécissements tuberculeux de l'intestin, traitement, par Konig. (*Annals of surg. part.* 1). — Rupture traumatique de l'intestin, péritonite aiguë, mort, par Templeman. (*Brit. med. j.*, 25 fév.) — Traitement des plaies de l'intestin, par Chaput. (*Annals of surg.*, part. 1.) — Cancer du colon extirpé par colotomie, par Allingham. (*London clin. soc.*, 10 mars.) — Résection du cœcum, de la plus grande partie du colon ascendant et de 5 pouces de l'iléon pour un cancer du colon, par Lawson. (*Lancet*, 25 mars.) — Méthode d'anastomose intestinale avec des tubes d'os décalcifiés, par Mayo Robson. (*Brit. med. j.*, 1er avril.) — Sur l'anastomose cholécysto-intestinale, gastro-intestinale et entèro-intestinale et leur rapprochement sans suture, par Murphy. (*Rev. de chir.*, avril.) — Extirpation d'une por-

tion de l'S iliaque, par TREVES. (*Lancet*, 11 mars.) — Résection de l'intestin, par WYETH. (*N. York, Acad. of med.*, 13 février.) — Un cas d'iléo-colostomie, par MORISON. (*Brit. med. j.*, 22 avril.)

Iris. — Disposition des muscles dans l'iris des oiseaux, par DURAND. (*Soc. de biol.*, 4 fév.) — Développement des muscles de l'iris chez l'embryon de poulet, par DURAND. (*Ibid.*, 4 mars.) — Albinisme partiel de l'iris, par DUJARDIN. (*Journ. de méd. Lille*, 6 janv.) — La correction exacte des vices de réfraction dans l'iritis plastique, par OLIVER. (*Ann. d'ocul.*, janv.) — 2 cas d'iritis blennorragique, par ALT. (*Americ. j. of opht.*, janv.) — Ob. de tuberculose de l'iris, par KNAGGS, HIGGENS, REDMOND. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, XII, p. 79, 83, 84.) — Tuberculose irido-ciliaire à marche rapide, sans bacilles et non inoculable, par KALT. (*Soc. de biol.*, 4 mars.)

K

Kyste. — Des kystes dermoïdes et des fistules congénitales de la région sacro-coccygienne, par HANSEN. (*Thèse de Paris*, 8 février.) — Kyste séreux congénital du creux sous-claviculaire, par DEBRIGODE. (*Rev. gén. de clin.*, 2, p. 24.) — Kyste dermoïde de la région cervico-présternale médiane, par GENOUVILLE. (*Soc. anat. Paris*, 20 janv.) — Kyste du canal de Nück, extirpation, par FORTIN. (*Normandie méd.*, 1er mars.)

L

Lacrymales (Voies). — Étiologie des maladies des voies lacrymales, par LEHENAFF. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur le traitement du mucocèle et de la dacryocystite par le raclage du sac, par REDOUTÉ. (*Thèse de Paris*, 2 février.)

Lait. — Sur le lait stérilisé, par VIGIER. (*Soc. de thérap.*, 11 janv.) — Sur la stérilisation du lait pour l'allaitement artificiel, par RODET. (*Lyon méd.*, 15 janv.) — Du lait stérilisé, son emploi dans l'alimentation du nouveau-né, par CHAVANE. (*Thèse de Paris*, 13 avril.) — La stérilisation du lait à basses températures, l'installation de laboratoires pour la nourriture des enfants, par KOPLIK. (*N. York med. journ.*, 4 fév.) — Influence de la pilocarpine et de la phloridzine sur la production du sucre dans le lait, par CORNEVIN. (*Acad. des sc.*, 6 fév.)

Langue. — Pathologie de la langue : 1° tumeur du frein chez un nouveau-né; 2° glossite superficielle chronique, par PREUSS. (*Cent. f. Chir.*, 4 mars.) — Sur la névrose de la langue, par PIOTROWSKI. (*Soc. de biol.*, 25 mars.) — Sur un cas de langue noire, par MORELLI. (*Ibid.*, 7 janv.) — Glossite idiopathique, par MC CULLOGH. (*Brit. med. j.*, 25 mars.) — Épithélioma de la langue traité avec succès par l'électrolyse, par DRAISPUL. (*Journ. of laryng.*, fév.) — 69 cas de cancer de la langue, par SACHS. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 4.) — Cas de macroglossie, par MORRIS. (*Brit. med. journ.*,

18 mars.) — Un cas de macroglossie, par Dahl. (*Nordiskt med. Arkiv*, 2.)

Laparotomie. — Laparotomie dans la chirurgie générale, par Banks. (*Practitioner*, fév.) — 5 cas de laparotomie chez des sujets de plus de soixante-dix ans, par Morison. (*Lancet*, 21 janv.) — Observations de sept laparotomies, par Pommier. (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, déc. 1892.) — Du drainage après la laparotomie, par Stone. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — De la suture des parois de l'abdomen après les laparotomies, par Dupont. (*Thèse de Paris*, 21 mars.)

Larynx. — Le trajet du nerf laryngé inférieur, par Ramsay Smith. (*Lancet*, 11 mars.) — Des relations entre le nerf phrénique et le nerf laryngé inférieur, par Davies. (*Lancet*, 21 janv.) — Recherches sur le mécanisme des muscles du larynx, par Neumann. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, 1er avril.) — Atlas des maladies du larynx, par Robert Krieg. (*Stuttgart*, 1892.) — Statistique des maladies de la gorge, du larynx, etc., par Beausoleil. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er février.) — Cours de physiologie et d'hygiène de la voix, par Gouguenheim. (122 p., *Paris.*) — De la formanilide comme nouvel anesthésique dans les maladies du larynx, par Preisach. (*Pester med. chir. Presse*, 7.) — Un nouvel appareil pour la photographie du larynx, par Musehold. (*Ann. mal. de l'or.*, janv.) — Paralysies isolées des muscles du larynx, par Gouguenheim. (*Ann. de méd.*, 26 avril.) — Paralysie d'une corde vocale, cancer primitif du poumon et tuberculose, par Geley. (*Ann. mal. de l'or.*, janv.) — De la chorée laryngée, par Porcher. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 18 mars.) — Laryngoscopie de cinquante prostituées, par Masini. (*Arch. di psichiat.*, XIV, 1.) — Étiologie de la laryngite striduleuse, par Roe. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 21 janv.) — Un cas de laryngo-trachéite suffocante, moyen d'y remédier, par Kuh. (*Med. News*, 15 avril.) — Sténose laryngée chez un enfant de quatorze ans, par Whistler. (*Brit. laryng. Assoc.*, 10 mars). — Périchondrite idiopathique aiguë, par Heymann. (*Soc. de méd. berlin.*, 8 fév.) — Pachydermie du larynx, par M'Bride. (*Edinb. med. j.*, avril.) — Pachydermie du larynx, par Goris. (*Rev. int. de rhinol.*, III, 8.) — Nouvelles contributions à l'étude de la pachydermie du larynx, par A. Kuttner. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXX, 2.) — Lupus du larynx, dégénérescence épithéliale, par Beausoleil. (*Soc. anat. Bordeaux*, 4 avril 1892.) — Cas de phtisie laryngée grave traitée avec succès par le liquide testiculaire, par Campana. (*Soc. de biol.*, 7 janv.) — Traitement de la laryngite tuberculeuse avec la tuberculine modifiée, par Thorner. (*Med. News*, 28 janv.) — 8 cas d'ulcérations laryngées tuberculeuses, remarques sur le traitement par de hautes doses de créosote et les applications locales d'acide lactique, par Semon. (*Lancet*, 11 mars.) — Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, par Hélary. (*Thèse de Paris*, 8 fév.) — De l'électrolyse et de son emploi dans les maladies du nez, de la gorge, particulièrement de la tuberculose laryngée, par Heryng. (*Therap. Monats.*, janv.) — Cancer et syphilis du larynx, par Baginsky. (*Soc. de méd. berlinoise*, 11 janv.) — Œdème de la glotte consécutif à une ulcération syphilitique, mort, par Ozoux et Cassaet. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 19 mars.) — Laryngite syphilitique hyperplastique, accès de suffocation, trachéotomie in articulo mortis, respiration artificielle pendant une heure, par de la Sota y Lastra. (*Archivos int. de rinol.*, mars.) — Carcinome primitif du sinus pyriforme simulant un corps étranger du larynx, par Sabrazès et Frèche. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 avril.) — Abcès froid de la gaine du corps thyroïde symptomatique d'une lésion du cartilage thyroïde, par Duplay.

(*Tribune méd.*, 11 août 1892.) — Strangulation, fracture étendue du larynx, par STEVENSON. et CARLING. (*Lancet*, 25 fév.) — Tumeur du larynx, fibromyxome volumineux, par SWAIN. (*N. York med. journ.*, 4 mars.) — Formes rares de tumeurs laryngées, myxome, fibrome, par MAC COY. (*N. York med. journ.*, 4 fév.) — Papillome récent des cordes vocales chez un syphilitique, guérison par la voie endolaryngée, par LAVRAND. (*Journ. sc. méd. Lille*, 17 mars.) — Du tubage du larynx, par ROSENBERG. (*Soc. de méd. int. Berlin*, 27 fév.) — Du tubage du larynx, par SCHEIER. (*Therap. Monats.*, janv.) — Ablation partielle du larynx pour chondro-myxome, par BOND. (*London clin. Soc.*, 28 avril.) — Laryngectomie totale pour tumeur bénigne du larynx, par JEANNEL. (*Arch. prov. de chir.*, II, 5.) — Laryngectomie pour épithélioma, par VILLAR. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 15 janv.) — 4 cas d'extirpation partielle du larynx, par CISNEROS. (*Archivos int. de rinol.*, avril.) — De la tachycardie après l'extirpation du larynx, par TOTI. (*Deut. med. Woch.*, 26 janv.)

Lèpre. — La recrudescence de la lèpre, ses causes, par TEBB. (In-8°, *Londres.*) — Existe-t-il dans la France du Nord des vestiges de l'ancienne lèpre? par LELOIR. (*Bull. Acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 22 février.) — La lèpre en Italie, par FERRARI. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 1.) — De la lèpre dans la Bible hebraïque, par MÜNCH. (*Monats. f. prakt. Dermat. Erganzungsh.*, II.) — La lèpre et sa contagiosité, d'après des recherches à Constantinople, par VON DÜRING. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVI, 6.) — Rapport de la commission de la lèpre dans les Indes. (*Brit. med. journ.*, 29 avril.) — Un nouveau procédé de coloration des bacilles de la lèpre et de la tuberculose, par UNNA. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XVI, 9.) — Sur une poussée aiguë de lèpre à manifestations multiples et sur l'orchite aiguë lépreuse, par HALLOPEAU et JEANSELME. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 mars.) — Tuberculose viscérale dans la lèpre, par BEAVEN RAKE. (*Lancet*, 1er avril.) — Guérison d'un cas de lèpre, par HUTCHINSON. (*London med. Soc.*, 27 février.) — Traitement de la lèpre, par DANIELSSEN. (*Arch. f. Dermat. Ergänzungshefte.*) — Traitement et guérison de la lèpre tubéreuse par l'europhène, par GOLDSCHMIDT. (*Therap. Monats.*, avril.)

Leucémie. — Splénomégalie primitive et leucocythémie splénique, par PETER. (*Bull. méd.*, 8 janv.) — Leucocytose produite par le froid, par WINTERNITZ. (*Cent. f. klin. Med.*, 4 mars.) — Leucocythémie suraiguë (Purpura hemorrhagica), par A. MICHEL-DANSAC. (*La Médecine moderne*, 20 octobre 1892.) — Traitement de la leucémie, par VEHSEMEYER. (*Therap. Monats.*, avril.)

Lichen. — Lichen plan de la cavité buccale, par FEULARD. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 janv.) — Lichen plan intense, guérison rapide par l'hydrothérapie tiède, par PAGE. (*Ibid.*) — Lichen tropical, miliaire papuleuse, par POLLITZER. (*Journ. of cutan. dis.*, fév.) — Contribution à l'étude du lichen ruber, par SEDERHOLM. (*Nordiskt med. Arkiv*, 1.) — De la constitution du groupe des lichens, étude historique, par HUGUET. (*Gaz. des hôp.*, 10 avril.) — Un cas rare du lichen plan de Wilson, par PAGE. (*Ann. de dermat.*, IV, 2.)

Lipome. — Volumineux lipome de la paroi abdominale, ablation, par ABDEL-FATTAH FAHMY. (*Brit. med. j.*, 4 mars.) — Lipome de la fosse ischio-rectale chez une fille de dix-huit ans, par DEPIED. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — Des lipomes douloureux, par BOIFFIN. (*Progrès médical*, 28 janvier.) — Lipomes multiples et symétriques chez un aliéné, par PATON.

(*Normandie méd.*, 1er mars.) — Lipome de la région sus-acromiale, par Sourris. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 janvier.) — Sur un cas de lipomes multiples simulant des tumeurs de la parotide et du corps thyroïde, par Hallopeau et Jeanselme. (*Soc. franç. de dermat.*, 11 fév.)

Lupus. — Vues modernes sur le lupus, par Walker. (*Edinb. med. journ.*, fév.) — Lupus vulgaire causé par des crachats tuberculeux, par Corlett. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Lupus du palais, de la langue, du larynx et du nez, par Lennox Browne. (*Brit. laryng. Assoc.*, 10 mars.) — Traitement du lupus de la peau, par Kramer. (*Annals of surg.*, part. 1.) — Traitement du lupus de la face par l'ablation et la greffe à grands lambeaux, par Clarke. (*London med. Soc.*, 13 mars.) — Traitement interne du lupus érythémateux par le phosphore, par Bulkley. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.)

Luxation. — Luxation de la septième vertèbre cervicale, par Dubrueil. (*Gaz. méd. Paris*, 18 mars.) — Des luxations anciennes et irréductibles de l'épaule, par Delbet. (*Arch. gén. de méd.*, janv.) — Du traitement des luxations de l'épaule, par Schwartz. (*Rev. gén. de clin.*, 8, p. 121.) — Luxation sus-acromiale ancienne des deux clavicules; suture des articulations acromio-claviculaires, par Le Bec. (*France méd.*, 4; p. 52.) — Luxation sous-acromiale, par Tillaux. (*La Médecine moderne*, 7 janvier.) — Luxation traumatique irréductible de l'épaule, par Duplay. (*Tribune méd.*, 9 mars.) — Luxation du pouce irréductible, réduction par opération sanglante, étude des causes d'irréductibilité, par Pollosson. (*Arch. prov. de chir.*, II, 3.)—Luxation métacarpo-phalangienne du pouce droit en arrière, réduction très laborieuse, par Guermonprez. (*Bull. Soc. des sc. méd.*, 25 mai 1892.) — Du traitement des luxations congénitales de la hanche par la méthode sanglante, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 11 janv.) — Nouvelle opération pour une luxation irréductible ancienne de la hanche, par Arbuthnot Lane. (*London clin. Soc.*, 24 fév.) — Luxation congénitale de la hanche gauche. Opération d'Hoffa, par Denucé. (*Rev. d'orthopédie*, 1er mars.) — Luxation congénitale de la hanche gauche, opération de Hoffa, guérison, par Denucé. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 49.) — Luxation de la hanche chez un enfant de trois ans, par Davidson. (*Lancet*, 29 avril. — Luxation ischio-pubienne irréductible ancienne de quatre mois. Résection de la tête fémorale et réintégration du col dans la cavité cotyloïde, par Tillaux. (*Revue d'orthopédie*, 1er janvier.) — Résection de la hanche pour luxation ancienne, par Kammerer. (*N. York Acad. of med.*, 13 fév.) — Luxation incomplète de la rotule gauche : hydarthrose, arthrotomie, guérison, par Guérin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 avril.) — Des luxations métatarso-phalangiennes du gros orteil et, en particulier, des luxations irréductibles, par Garnier. (*Thèse de Paris*, 22 mars.)

Lymphatique. — Oblitération du canal thoracique à son origine chez un tuberculeux, dilatation de la citerne de Pecquet, des vaisseaux chylifères, rupture d'un vaisseau dans l'intestin, diarrhée chyleuse, par Thiroloix et du Pasquier. (*Soc. anat. Paris*, janv., p. 40.) — Du traitement du bubon, excision, tentatives de réunion par première intention, par Sedgewick Watson. (*Journ. of cutan. dis.*, fév.) — Tuberculose latente des ganglions bronchiques réveillée à l'âge de soixante-six ans ayant amené une perforation de l'œsophage avec gangrène pulmonaire consécutive, par Londe. (*Soc. anat. Paris*, 17 mars.)—Néoplasme malin d'un ganglion lymphatique lombaire simulant un kyste ovarique, par Smith. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — Du curage de la fosse inguinale dans les affections cancéreuses

des ganglions de l'aine, par RUPPRECHT. (*Cent. f. Chir.*, 22 avril.) — Lymphangiectasie diffuse et lymphome après un abcès lymphatique suite de variole, par HULKE. (*Lancet*, 11 fév.)

M

Main. — Quelques affections chirurgicales de la main, par BATTLE. (*Lancet*, 8 avril.) — Sur les fibromes et lipomes de la main et des doigts, par DURANT. (*Thèse de Bordeaux.*) — Plaies de la main, sutures nerveuses et tendineuses, guérison, par OZOUX. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 mars.) — Staphylocoque pyogène dans le sang à la suite d'un panaris, par HUBER. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juillet.) — Nouveau cas de main bote congénitale, par KIRMISSON et LONGUET. (*Revue d'orthopédie*, 1er janvier.) — Main bote congénitale, absence de quelques os, par SAYRE. (*N. York Acad. of med.*, 13 fév.) — Enfant à main bifide, sept doigts, par BALLANTYNE. (*Edinb. med. j.*, janv.) — Absence congénitale des ongles, par EICHHORST. (*Cent. f. klin. Med.*, 8 avril.)

Mal de mer. — Du vertige oculaire et du mal de mer, par HIMELY. (*Thèse de Paris*, 19 janv.)

Maladie. — Sur les modifications de type dans les maladies épidémiques par WHITELEGGE. (*Brit. med. j.*, 25 fév.)

Maladies prof. — Des maladies professionnelles des typographes, par ALBRECHT. (*Deut. Viertelj. f. œffen. Gesund.*, XXIV, p. 317.)

Mamelle. — Guérison prompte et radicale des abcès mammaires, nouveau procédé, par WEBER. (*Americ. j. of obst.*, janv.) — Des tumeurs chroniques du sein, par BENNETT. (*Lancet*, 29 avril.) — Étude de la polymastie et de ses rapports avec le développement des tumeurs du sein, par E. MARTIN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 4.) — Des kystes essentiels ou primitifs de la mamelle, par TILLAUX. (*La Médecine moderne*, 18 janvier.) — Des adénofibromes du sein, par DUPLAY. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Mammite chronique kystique, par KŒNIG. (*Cent. f. Chir.*, 21 janv.) — Maladie kystique et mammite chronique, cirrhose épithéliale de la mamelle, par DELBET. (*Soc. anat. Paris*, 6 janv.) — Cancer primitif du mamelon, par MANDRY. (*Beit. zur klin. Chir.*, X, 1.) — Cancer du sein, par JENNINGS. (*Brit. med. j.*, 4 mars.)

Massage. — Du massage des muqueuses, par EWER. (*Therap. Monats.*, mars.) — De l'action physiologique du massage sur les échanges nutritifs, par BUM. (*Wiener med. Presse*, 1er janvier.) — Deux années d'expérience de massage dans la pratique gynécologique, par VINEBERG. (*Americ. j. of obst.*, fév.) — Du massage en gynécologie, par NORSTROEM. (*La Clinique française*, janv.)

Maxillaire. — Illumination de l'antre d'Highmore, par JOHNSTONE. (*Brit. med. j.*, p. 356, 18 fév.) — Sur un signe complémentaire dans le diagnostic de l'empyème de l'antre d'Highmore par l'éclairage électrique par transparence, impression de la rétine par la lumière, par GAREL. (*Ann. mal. de*

l'or., fév.) — La dernière phase de l'éclairage électrique dans le diagnostic de l'empyème maxillaire, par Ziem. (*Rev. int. de rhinol.*, 10 janv.) — Empyème du sinus maxillaire et ses rapports avec les affections de l'antre, par Brown. (*N. York med. record*, 1er avril.) — Sur un nouveau mode de perforation de l'antre d'Highmore, par Moure. (*Rev. de laryng.*, 15 janv.) — Des kystes uniloculaires des maxillaires, par Boularon. (*Thèse de Montpellier.*) — Ostéomyélite suppurée perforante du maxillaire inférieur, par Manley. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 4 fév.) — Contributions au traitement des plaies par armes à feu des mâchoires et des parties voisines, par Ludwig Brandt. (*Berlin*, 1892.) — Résection de la mâchoire inférieure pour tumeur maligne, par Nancrede. (*Annals of surg.*, XVII, 3.)

Médecine (hist.). — L'anatomie et la physiologie au xive siècle, par Nicaise. (*Rev. de chir.*, janv.) — Particularités du séjour de Guy de Chauliac à Lyon, d'après de nouveaux documents, par Mollière. (*Lyon méd.*, 1er janv.) — La pratique médicale dans la Rome antique, par Jenkins. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 4 fév.) — Médecine et médecins tels qu'ils sont dépeints dans Plato, par Osler. (*Boston med. Journal*, 9 février.)

Médecine légale. — Le *vade mecum* du médecin expert; guide médical ou aide-mémoire de l'expert, du juge d'instruction, etc., par Lacassagne. (In-16, 275 p., *Paris.*) — Expertises dans les accidents de chemins de fer, par Watson. (*Annals of surg.*, part. 1.) — Une étude de médecine légale dans l'histoire, psychologie des premiers Césars, par Beaujeu. (*Thèse de Lyon.*) — Application du grisoumètre à la recherche médico-légale de l'oxyde de carbone, par Gréhant. (*Soc. de biol.*, 11 fév.) — De la submersion considérée au point de vue du diagnostic médico-légal et du traitement de la mort apparente, procédé de Laborde, par Le Coquil. (*Thèse de Paris*, 23 mars.)

Médecine milit. — Statistique médicale de l'armée belge pour 1891, par Antony. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Statistique médicale de la flotte anglaise pour 1891. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — L'armée coloniale au point de vue de l'hygiène pratique, par Reynaud. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — Esquisse de topographie médicale et de nosologie militaire de Briançon, par Camus. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Choix des spécialités dans la marine, par Burot. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — Les blessés de la guerre civile au Chili en 1891, par Hervé. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — L'éclairage du champ de bataille, par Mendini, résumé par Depied. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Du service des brancardiers dans la marine allemande, par Onimus. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) — De l'entorse métatarsienne chez les fantassins, par Nimier. (*Arch. de méd. milit.*, janv.)

Mélanose. — Sur une forme spéciale de mélanodermie localisée ressemblant à la lèpre maculeuse, par Gaucher. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 janv.)

Méninge. — Thrombose des sinus de la dure-mère, par Dumarest. (*Lyon méd.*, 26 fév.) — Ossification de la dure-mère, mort par hémorragie cérébrale, par Thiroloix et du Pasquier. (*Soc. anat. Paris*, janv., p. 38.) — Un cas de méningite cérébro-spinale produite par le bacille d'Eberth, par E. Meusi et T. Carbane. (*Riforma medica*, 3 janvier.) — La ponction entre le quatrième ventricule et l'espace sous-arachnoïdien dans la méningite tuberculeuse, par Morton. (*Brit. med. j.*, 8 avril.) — Deux cas de méningocèle traités par l'excision, par Lea. (*Brit. med. j.*, 6 mai.)

Menstruation. — Des rapports de la menstruation avec les états morbides à

l'époque de la première éruption de règles, par LAIRAC. (*Thèse de Bordeaux.*) — Dysménorrée, causes et traitement, par MONTGOMERY. (*Therap. Gaz.*, 16 janv.) — Hernie de l'ovaire, inflammation phlegmoneuse, ouverture de l'abcès, écoulement sanguin se produisant pendant plusieurs mois par cette ouverture à chaque apparition des règles, guérison, par TURGIS. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 79.) — Des endométrites de la ménopause, par VAN PETEGHEM. (*Thèse de Paris*, 21 mars.) — Tampon dans la ménorragie, par LUSK. (*Americ. j. of med. sc.*, janv.)

Mérycisme. — Cas de mérycisme, par LEMOINE. (*Lyon méd.*, 5 mars.) — Mécanisme de la rumination chez l'homme atteint de mérycisme, par LEMOINE et LINOSSIER. (*Soc. de biol.*, 25 mars.)

Moelle. — Les cordons pyramidaux directs de la moelle, par WILLIAMSON. (*Brit. med. j.*, 6 mai.) — Nouvelle méthode de préparation de la moelle pour les examens histologiques, par GOODALL. (*Ibid.*) — Deux cas d'hémiplégie spinale avec hémianesthésie croisée, par SOTTAS. (*Rev. de méd.*, janv.) — Des poliomyélites antérieures aiguë, subaiguë et chronique de l'adulte greffées sur la paralysie infantile, par BERNHEIM. (*Rev. de méd.*, janv.) — Myélite traumatique, par ESKRIDGE. (*Med. News*, 4 mars.) — Myélite diffuse aiguë expérimentale, par BOURGES. (*Arch. de méd. expér.*, V, 2.) — Myélite aiguë, guérison complète, par POWELL. (*Lancet*, 14 janv.) — Sclérose latérale amyotrophique ou amyotrophie hystérique, difficultés de diagnostic, par CHARCOT. (*Arch. de neurol.*, XXV, n° 74.) — Sur l'état de la moelle épinière dans deux cas de compression des racines postérieures, par SOTTAS. (*Soc. de biol.*, 4 mars.) — Des affections du cône terminal et de la queue de cheval, par VALENTINI. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 3.)—Des dégénérescences de la moelle consécutives aux lésions des racines postérieures, par SOTTAS. (*Rev. de méd.*, avril.) — Myélite simulant l'hématomyélie par son début subit, analgésie et thermoanesthésie unilatérales, par STEELL. (*Lancet*, 21 janv.) — Cas de syringomyélie, autopsie, par TAYLOR. (*Lancet*, 28 janv.) — De la syringomyélie, par RAUZIER. (*N. Montpellier méd.* (Suppl.), 1, p. 130.) — Cas rare d'hémiplégie spinale guérie par une cure aux eaux de Bondonneau, par CAZENAVE DE LA ROCHE. (*La Clinique française*, janv.) — Trois cas de maladie de Friedreich, par BROCK. (*Lancet*, 21 janv.) — Possibilité d'un diagnostic précoce de l'ataxie par les symptômes oculaires, par HANSELL. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 18 fév.) — Tabes dorsalis et arthritisme, par SAKORRAPHOS. (*Progrès médical*, 4 février.) — Adénopathie et cardiopathie tabétiques, par WOOD. (*Semaine méd.*, 1er fév.) — Du vertige des ataxiques, signe de Romberg, par GRASSET. (*Arch. de neurol.*, XXV, n° 74.) — Observation d'ataxie locomotrice avec atrophie musculaire et ataxie du tonus, par SAGAZE. (*N. Montpellier méd.*, 1, p. 9.) — Un cas d'hémorragie par l'anus dans le cours de l'ataxie locomotrice, par ROQUE et DEVIC. (*Province méd.*, 7 janv.) — La cérébrine dans le traitement de l'ataxie, par HAMMOND. (*N. York neurol. Soc.*, 4 avril.) — L'élongation de la moelle en Orient, par ROSTONIL. (*Arch. de neurol.*, janv.) — Traitement mécanique de l'ataxie locomotrice, par HIRSCHBERG. (*Bull. de thér.*, 30 janv.) — Sarcome de la moelle cervicale, par HERTER. (*N. York neurol. Soc.*, 7 fév.)

Molluscum. — Molluscum pendulum de la vulve inséré sur la grande lèvre et ayant subi un commencement de sphacèle, par ORRILLARD. (*Soc. anat. Paris*, 25 fév., p. 130, et *Gaz. des hôp.*, 30 mars.)

Môle. — Deux cas de môle tubaire, par FAVELL. (*Sheffield med. journ.*, janv.)

Monstre. — Monstre anidien, par GUINARD. (*Lyon méd.*, 12 fév.) — Monstre pseudencéphale, par VILLARD. (*Ibid.*) — Exencéphale, par SHELLY. (*N. York med. journ.*, 1er avril.) — Fœtus acéphale acardiaque, par HALLIDAY CROOM. (*Edinb. med. j.*, mars.) — Obs. de thoracopage, par JAGGARD. (*Americ. j. of obst.*, janv.) — Myologie d'un fœtus anencéphale, par WINDLE. (*Journ. of anat.*, VII, 3 avril.) — Les monstres doubles opérables, par BAUDOUIN. (*Rev. scientif.*, 21 janv.)

Morphée. — Un cas de morphœa alba plana, par HALLOPEAU. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 janv.) — Cas de morphœa alba, par HALLOPEAU. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 fév.)

Mort. — Étude de la mort apparente, par HERNANDEZ. (*Thèse de Bordeaux.*)

Morve. — Altérations vasculaires et bronchiques dans la morve chronique, par LECLAINCHE et MONTANÉ. (*Soc. de biol.*, 4 mars.) — Sur l'histogenèse du tubercule dans la morve chronique, par LECLAINCHE et MONTANÉ. (*Soc. de biol.*, 28 janv.) — Sur des lésions particulières de la morve pulmonaire chez le cheval, par LECLAINCHE et MONTANÉ. (*Soc. de biol.*, 4 fév.)

Muguet. — Recherche du champignon du muguet dans l'air des salles de malades, par ROUX et VALLAT. (*Lyon méd.*, 8 janv.)

Muscle. — Étude du développement de la fibre musculaire striée, par CALDERARA. (*Arch. per le sc. med.*, XVII, 1.) — Du rôle des muscles triceps fémoraux et fessiers dans la station verticale, par RICHER. (*Soc. de biol.*, 21 janv.) — Anomalies musculaires de la région cervicale, par VEAU. (*Soc. anat. Paris*, 10 mars, p. 168.) — Le paradoxe de Weber et le tétanos d'ouverture, par ROUXEAU. (*Soc. de biol.*, 22 avril.) — Des myalgies, par FÉOLDE. (*Thèse de Paris*, 15 mars.) — Atrophie musculaire aiguë régressive, par ADAMKIEWICZ. (*Prager med. Woch.*, 11 janv.) — Atrophie musculaire idiopathique avec névrite multiple, par ESKRIDGE. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — Sur l'atrophie musculaire précoce dans l'hémiplégie et sur le pouls lent permanent, par GUIZZETTI. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 1.) — Un cas de scoliose dans une myopathie primitive atrophique, par LACAZE. (*Arch. de neurol.*, mai.) — Sur un cas de myopathie primitive progressive du type Landouzy avec autopsie, par BLOCQ et MARINESCO. (*Ibid.*, XXV, n° 74.) — Sur les relations de l'atrophie musculaire de l'adulte avec la paralysie infantile, par GRANDON. (*Thèse de Paris*, 8 mars.) — Contribution à l'étude des troubles nerveux consécutifs aux traumatismes; de l'arrêt de développement à la suite des lésions des membres dans l'enfance, atrophie musculaire numérique, par KLIPPEL. (*Rev. de méd.*, mars.) — Restauration de la vitalité des muscles complètement paralysés par suite de poliomyélite, par HAMMOND. (*Journ. of nerv. dis.*, janv.) — De la myosite interstitielle et de ses suites, par HACKENBRUCH. (*Beit. z. klin. Chir.*, X, 1.) — Des ruptures musculaires, par DUPLAY. (*La Médecine moderne*, 15 février.) — Ostéome des muscles, par NIMIER. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 mars.)

Mycosis. — Un cas de mycosis fongoïde, par JAMIESON. (*Edinb. med. j.*, mars.) — Mycosis fongoïde. Période prémycosique ayant duré trente ans, par DUBREUILH. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er mars.)

Myopie. — Développement de la myopie dans les écoles, par SULZER. (*Revue médic. Suisse romande*, décembre 1892.)

Myxœdème. — Du myxœdème, par BELL. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 15 fév.)

— Le myxœdème et la glande thyroïde, par TALAMON. (*La Médecine moderne,* 21 janvier.) — Myxœdème chez une jeune fille, troubles trophiques, par ROQUE. (*Lyon méd.*, 30 avril.) — Les particularités cliniques du myxœdème, par BRAMWELL. (*Edinb. med. journ.*, mai.) — Le traitement du myxœdème, par LUNDIE. (*Ibid.*) — Six cas de myxœdème traités par l'alimentation avec les thyroïdes, par DUNLOP. (*Ibid.*) — Un cas de myxœdème, mort peu après le début du traitement par les corps thyroïdes, par THOMSON. (*Ibid.*) — Un cas de myxœdème traité par l'alimentation avec les glandes thyroïdiennes, par NIELSEN. (*Monats. f. prakt. Dermat.,* XVI, 9.) — Myxœdème, avec hypertrophie thyroïdienne, injections sous-cutanées de suc thyroïdien, guérison, par CORKHILL. (*Brit. med. journ.*, 7 janv.) — Alimentation avec les glandes thyroïdes dans le myxœdème, par BABER. (*Ibid.*) — Myxœdème traité par l'ingestion de thyroïdes, par HOLMAN. (*Ibid.*, 21 janv.) — Myxœdème traité par l'extrait thyroïdien et l'alimentation avec les glandes thyroïdes, par LUNDIE. (*Ibid.*, 14 janv.) — Myxœdème guéri par le suc thyroïdien, par HENRY. (*Ibid.*, 8 avril) — Le traitement du myxœdème par l'ingestion de thyroïdes de mouton, par SHAPLAND. (*Ibid.*) — Myxœdème ancien traité par l'ingestion d'extrait de thyroïde, par BENSON. (*Ibid.*, 15 avril.) — Du myxœdème et des progrès récents dans son traitement, par MACKENZIE. (*Lancet*, 21 janv.) — Le traitement du myxœdème, par ANDERSON. (*Practitioner,* janv.)

N

Nævus. — Étude sur les nævi et particulièrement sur les nævi pigmentaires, par FILAUDEAU. (*Thèse de Paris*, 28 janvier.)

Nerf. — Nerfs et ferments, par MORAT. (*Rev. scientif.*, 18 février.) — Nerf phrénique recevant une racine d'origine de l'hypoglosse, par TURNER. (*Journ. of anat.*, VII, 3, avril.) — Démonstration anatomique de la récurrence nerveuse, par FROMONT. (*Soc. de biologie*, 25 février.) — Survie après la section des deux nerfs vagues, par VANLAIR. (*Acad. des sc.*, 13 février.) — Sur le nervo tabes périphérique, ataxie locomotrice par névrites périphériques avec intégrité de la moelle, par DEJERINE. (*Semaine méd.*, 26 avril.) — De la névrite périphérique, par ROSS et BURY. (*Londres.*) — Étude sur quelques névralgies symptomatiques et leur diagnostic, par MESNARD. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er mars.) — 2 cas graves de névrite par compression, par KRAUSS. (*Journ of nerv. dis.*, mars.) — Névrite arsénicale, par OSLER. (*Montreal med. j.,* avril.) — Un cas de névrite atrophique, par WEISS. (*Wiener med. Presse*, 12 février.) — Sur la névrite interstitielle, hypertrophique et progressive de l'enfance, par DEJERINE et SOTTAS. (*Soc. de biol.*, 25 mars.) — Névrite périphérique, par HALE WHITE. (*London clin. soc.*, 24 mars.) — 6 cas de sciatique avec scoliose croisée guéris par le traitement d'Aix-les-Bains, par FRANÇON. (*Lyon méd.,* 5 fév.) — Analyse de 1000 cas de sciatique, en particulier du traitement de 100 cas par l'acupuncture, par GIBSON. (*Lancet*, 15 avril.) — Les applications locales de chloroforme dans les névralgies, par GRELLETY. (*Soc. de thérap.*, 27 février.) — Sur un cas de lésion traumatique du trijumeau et du facial avec troubles trophiques consécutifs, par MARINESCO et SÉRIEUX. (*Soc. de biol.*, 18 mars.) Suture à distance, 8 cent. 1/2, du nerf radial, examen de la pièce, 11 mois après l'opération, par GUELLIOT. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 73.) — Un cas de suture primitive du nerf cubital avec retour tardif de la sensibilité,

par Brunner. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er août 1892.) — Suture du nerf cubital pour blessure datant de quatre mois. Retour presque immédiat de la sensibilité, par Berger. (*Bull. acad. méd.*, 7 mars.)— Régénération d'un nerf sectionné, par Laborde. (*Ibid.*, 21 mars.) — Résection du nerf obturateur pour les contractures d'origine centrale, par Lauenstein. (*Annals of surg.* part., 1.) — Extirpation du ganglion de Gasser, par Andrews. (*Journ. americ. med. assoc.*, 18 février.) — Destruction du ganglion de Gasser pour névralgie du trijumeau, 2 cas, par Park. (*Med. news*, 18 février.) Résection du ganglion de Gasser, par Lamphear. (*Pacific med. j.*, nov. 1892.) — Étude des névromes, par Goldmann. (*Beit. z. klin. Chir.*, X, 1.)

Nerveux (système). — Micro-photographie du système nerveux, par G. Marinesco. (*Société de biologie*, 11 février.) — Nouvelle interprétation de l'histologie des centres nerveux, par Ramon y Cajal. (*Rev. de ciencias med. Barcelone*, XVIII, 16.) — Guide pour l'étude et la structure des organes nerveux centraux à l'état normal et pathologique, par H. Obersteiner. (*Leipsig et Vienne*, 1892.) — Les connections nerveuses intimes de l'appareil génito-urinaire et des systèmes sympathique et cérébro-spinal, par Byron Robinson. (*N. York med. journ.*, 11 mars.) — De l'influence du système nerveux central sur le mecanisme de la calorification chez les mammifères hibernants, par Dubois. (*Soc. de biol.*, 11 février.) Étude physiologique, histologique et clinique de la dégénération et de la régénération dans les fibres nerveuses périphériques après séparation de leurs connexions avec les centres nerveux, par Howell et Huber. (*Journ. of phys.*, XIV, p. 1.) — Les symptômes cérébraux de la fatigue, par Cowles. (*N. York med. journ.*, 1er avril.) — Lésions trophiques de la main et de l'avant-bras, consécutives à un traumatisme, par Quinquaud. (*Soc. franc. de dermat.*, 9 mars.) — De l'oxalurie et de ses rapports avec certaines formes de maladies nerveuses, par Adler. (*N. York neurol. soc.*, 3 janvier.) — Hydrothérapie dans le traitement des maladies nerveuses et mentales, par Peterson. (*Americ. j. of med. sc.*, février.) — Étude de quelques médicaments employés dans les troubles fonctionnels nerveux, par Boyer. (*Journ. of nerv. dis.*, février.)

Névrose. — Etude sur les tics, par Noir. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — Maladie des tics, par Chabbert. (*Arch. de neurol*, janvier.) — De la migraine, par Guthrie. (*Lancet*, 21 janvier.) — Spasme clonique des muscles de la mastication, par Peterson. (*N. York neurol. soc.*, 7 mars.) — Nouvel appareil pour soulager la crampe des écrivains, par Prince. (*Journ. of nerv. dis.*, mars.) — Hypochondrie à forme anginophobique terminée par le suicide, par Huchard. (*Soc. med. des hôpitaux*, 3 février.) — Le traitement électrique de certaines phases de la neurasthénie, par Robinson. (*Journ. of nerv. dis.*, janvier.) — Crampe des joueurs de cornet, par Turner. (*Lancet*, 29 avril.)

Nez. — Des rapports entre les maladies des yeux et celles du nez, par Batut. (*Ann. mal. de l'or.*, février, et *Midi méd.*. 12 février.) — Quelques affections communes du nez, par Marmaduke Sheild. (*Practitioner*, avril.) — Le nez et les affections chroniques de l'appareil respiratoire, par Permewan. (*Liverpool med. chir. journ.*, janvier.) — De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire. par Chabory. (*Gaz. des hôp.*, 4 mai.) — La céphalalgie dans les affections du nez et du pharynx, par Bresgen. (*Rev. de laryngol.*, 15 janvier.) — De l'état du nez dans la fièvre typhoïde, par Tissier. (*Ann. mal. de l'or.* mars.) — A propos des névroses réflexes d'origine nasale, par Hicguet. (*La policlinique, Bruxelles*, 15 mars.) —

Vertige et pseudo angine de poitrine comme phénomène réflexe d'origine nasale, par GRADENIGO. (*Rev. intern. de rhinol.*, III, 4.) — Contribution à l'étude de l'hydrorrée nasale, par LICHTWITZ. (*Bull. soc. de lar. de Paris*, février.) — La dyspepsie comme cause prédisposante du catarrhe naso-pharyngien, par DULANG. (*Journ. of opht. laryng.*, janv.) — De l'hypertrophie de la muqueuse nasale, par ROTH. (*Wiener med. Presse*, 5 mars.) — Du cathétérisme des sinus frontaux, par CHOLEWA. (*Monats. f. Ohrenh.*, août 1092.) — Mucocèle du sinus frontal, par SPENCER WATSON. (*Lancet*, 6 mai.) — Empyème des sinus frontaux ; trépanation ; guérison par première intention, par VALUDE. (*France méd.*, 3, p. 34.) — Observ. d'ethmoïdite suppurée, par BRYAN. (*N. York med. journ.*, 28 janvier.) — Un cas d'empyème de la bulle ethmoïdale, par GORIS. (*Rev. int. de rhinol.*, III, 8.) — Suppuration des cellules ethmoïdales, par STEWART. (*Lancet*, 29 avril.) — L'ozène et son traitement, par GARNAULT. (*Semaine méd.*, 28 janvier.) — Traitement de l'ozène, par KUTTNER. (*Therap. Monasts.*, mars.) Le traitement de l'ozène, des polypes récidivants du nez par l'ouverture et le drainage de l'antre, par ROBERTSON. (*Lancet*, 29 avril.) — Des accidents secondaires des fosses nasales dans la syphilis acquise chez l'adulte, par TISSIER. (*Ann. mal. de l'or.*, février.) — Syphilis grave des os du nez, opération de Rouge, par AUDRY. (*Arch. prov. de chir.*, II, 4.) — Ecoulement du sang par les points lacrymaux, au cours d'une épitaxis, après le tamponnement des fosses nazales, par MALBEC. (*Soc. de biol.*, 4 mars.) L'arrêt immédiat des hémorragies nasales, par SPENDER. (*Brit. med. j.*, 1er avril.) — Larves dans le nez, par CERNA. (*N. York med. journ.*, 1er avril.) Larves de mouche dans le nez, injections de chloroforme, par KIMBALL. (*N. York med. journ.*, 11 mars.) — Valeur du spray dans le traitement des affections catarrhales des voies aériennes supérieures, par RIU. (*N. York med. journ.*, 21 janvier.) — Vibration des muqueuses des voies aériennes supérieures, par CHIARI. (*Rev. intern. de rhinol.*, III, 6.) — Les résultat consécutifs des cautérisations nasales, par Amory de BLOIS. (*N. York med. journ.*, 28 janvier.) — Obs. montrant le rôle du traumatisme dans les déformations du septum nasal, par GELLÉ. (*Bull. soc. de lar. de Paris.*, février.) — Correction des difformités du nez provenant des abcès de la cloison, par ROE. (*N. York med. journ.*, 25 mars.) — Un couteau pour la cloison nasale, par MAJOR. (*Journ. of laryng.*, fév., et *N. York med. journ.*, 8 avril.) — Pinces coupantes pour le nez, par TEETS. (*N. York med. record*, 11 fév.) Sur un cas de tumeur tuberculeuse de la cloison chez un enfant, avec poumons sains en apparence ; infection nasale probablement primitive, par CHIARI. (*Rev. de laryng.*, 15 mars.) — Tuberculose de la muqueuse nasale, par HERYNG. (*Medycyna*, 33, 1892.) — Obs. de rhinolithe, par DE HAVILLAND HALL. (*London clin.soc.*, 13 janvier.) — Rhinolithe découvert par hasard, par FEARNLEY. (*Brit. med. j.*, 25 février.) — Guérison spontanée d'un papillome de la cloison nasale, par DUNN. (*N. York med. journ.*, 8 avril.) — Des polypes nasaux avant l'âge de seize ans, 76 cas, par HOFMANN. (*Berl. klin. Wochens.*, p. 801, 8 août 1892.) — Pathogénie des polypes du nez (d'origine inflammatoire, ethmoïdite), par ALLEN. (*Cincinnati lancet clinic*, 7 janvier.) — Pourquoi les polypes muqueux des fosses nasales récidivent si souvent après qu'on les a extirpés? Comment peut-on les guérir sans danger de retour, par JACQUEMART. (*Rev. de laryng.*, 1er fév.) Un cas anormal de polypes du nez, par WATSON. (*London med. soc.*, 24 avril.) — Fibromes mous des fosses nasales, par STOKER. (*London path. soc.*, 21 mars.) — Extraction manuelle d'un volumineux polype naso-pharygien, par ZAUFAL. (*Prager med. Woch.*, 15 mars.) — Epithelioma du nez, rhinoplastie, résection ultérieure du maxillaire supérieur, par GORIS. (*Rev. int. de rhinol.*, III, 8.) — Tumeur carcinomateuse de l'arrière cavité des

fosses nasales, envahissement du sphénoïde, paralysie de tous les nerfs crâniens du côté gauche, sauf l'olfactif et l'optique, mort par méningite, par Lyonnet et Regaud. (*Annal. mal. de l'or.*, mars.) — Obs. de rhinoplastie par la méthode indienne modifiée par Busch, par Willy Meyer. (*N. York. acad. of med.*, 13 février.)

C

Obésité. — La polysarcie au point de vue de l'assurance sur la vie, par Kisch. (*Wiener med. Presse*, 26 mars.) — Sur l'influence de la compression temporaire sur l'accumulation de la graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané, par Féré. (*Soc. de biol.*, 21 janvier.)

Occlusion intestinale. — Obstruction pylorique, par Tuholske. (*Med. News*, 11 mars.) — Obstruction intestinale par corps étrangers chez une enfant de 2 ans. Convulsions graves. Guérison immédiate après l'expulsion des corps étrangers, par Plicque. (*Progrès médical*, 14 janvier.) — Invagination d'une tumeur maligne dans le gros intestin, par Symonds. (*Brit. med. journ.*, 25 mars.) — Occlusion intestinale par transposition du colon ascendant, par Isnardi. (*Giorn. accad. di med. Torino*, juillet 1892.) — Invagination intestinale traitée par l'insufflation, par Soulby. (*Lancet*, 25 mars.) — Séméiologie de l'occlusion intestinale par étranglement, par Camichel. (*Thèse de Lyon.*) — Remarques sur quelques cas d'obstruction intestinale chronique, par Richardson. (*Boston med. journal*, 2 mars.) — Obstruction intestinale par un gros calcul biliaire, par Trastour. (*Rev. gén. de clin.*, 2, p. 26.) — Un cas d'obstruction intestinale mortelle due à un calcul biliaire, par Clark. (*Boston med. journal*, 2 mars.) — Occlusion intestinale par énorme calcul biliaire, ouverture de l'intestin, extraction, mort, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 5 janvier.) — Traitement des formes lentes de l'occlusion intestinale, par Mérigot de Treigny. (*Rev. gén. de clin.*, 2, p. 22.) — Traitement de l'obstruction intestinale du gros intestin par la typhlotomie temporaire, par Cripps. (*Brit. med. j.*, 25 février.) — L'occlusion intestinale traitée par l'électricité, par Larat. (*Rev. int. d'électroth.*, octobre 1892.) — Le lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale, par Pénel. (*Thèse de Bordeaux.*) — L'importance des opérations précoces dans l'occlusion intestinale, par Murphy. (*Lancet*, 22 avril.)

Œdème. — Rapport sur l'œdème, par Horsley et Boyce. (*Brit. med. journ.*, 21 janvier.) — Œdème aigu circonscrit de la peau, par Russell. (*Journ. of cut. dis.*, mars.) — Sur un cas d'œdème chronique d'origine ortiée, par Hallopeau. (*Soc. franç. de dermat.*, 16 février.) — Œdème angio-névrotique, 3 cas, par Ashton. (*Med. News*, 8 avril.) — Œdème des membres inférieurs simulant l'éléphantiasis ; traitement par la compression élastique; pneumonie; péricardite; mort, par Lafarelle. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 février.) — Des œdèmes infectieux, par Tédenat. (*N. Montpellier méd.*, 8, p. 125.)

Œil. — Petit précis de thérapeutique oculaire, par Bourgeois. (In-8°, 45 p., *Paris.*) — Catalogue général des thèses d'oculistique soutenues dans les facultés françaises depuis leur origine jusqu'à nos jours, par Jalabert. (*Nouv. Montpellier méd.*, II, 2.) — Un nouveau campimètre, par Piton.

(*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Un nouveau phacomètre pratique à faire, par Bitzos. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — Méthode pour mesurer objectivement l'aberration sphérique de l'œil vivant, par Leroy. (*Rev. gén. d'opht.*, XII, 3.) — Champ optique, champ visuel relatif et absolu de l'œil humain, par Leroy. (*Acad. des Sc.*, 20 février.) — Influence de l'orbiculaire des paupières sur la réfraction de l'œil, par Février. (*Ann. d'oculist.*, février.) — La périmétrie des douleurs, par Hegg. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 3.) — Critique des expériences récentes sur l'accommodation inégale, par Hess. (*Ibid.*, XXXVIII, 3.) — Méthode pour mesurer l'accommodation inégale des yeux normaux, par Hess et Neumann. (*Ibid.*, XXXVIII, 3.) — Contribution à l'étude de la skiascopie, par Ruppell. (*Ibid.*, XXXVIII, 2.) — Contribution à l'anatomie pathologique des malformations congénitales de l'œil, par Hess. (*Ibid.*. XXXVIII, 3.) — Un cas d'exophtalmie à volonté, par Sergent. (*Soc. de biol.*, 11 février.) — Des causes de la cécité, par Baleste-Marichon. (*Thèse de Bordeaux.*) — Analyse de 10,000 cas de maladies des yeux, par Brudenell Carter. (*Lancet*, 29 avril.) — Un cas d'infection oculaire, par Meyer. (*Soc. d'opht. de Paris*, 3 janvier.) — Contribution à l'étude des processus infectieux de l'œil, par Valude. (*Ibid.*) — Des troubles oculaires dus à l'état puerpéral, par Bastide. (*Thèse de Paris*, 15 mars.) — Sur les affections oculaires compliquant la néphrite gravidique, par Swasey. (*Boston med. journal*, 2 mars.) — Les maladies de l'œil qu'on rencontre le plus souvent dans la pratique gynécologique et obstétricale, par Ramsay. (*Lancet*, 15 avril.) — De la prophylaxie de l'ophtalmie blennorragique des nouveau-nés, par Brisker. (*Münch. med. Woch.*, 5, 1892.) — Prophylaxie et traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés, par Valude. (*Union médicale*, 9 février.) — De l'excision du cul-de-sac conjonctival dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse, par Mazet. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er mars.) — Sur le traitement chirurgical de l'ophthalmie granuleuse, par Lagrange. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 76.) — Panophtalmite tardive, survenue trois ans après un enclavement traumatique de l'iris ; iritis purulente un mois après une extraction de la cataracte, par Van den Bergh. (*Ann. d'ocul.*, février.) — Des hémorragies et des anévrismes du cercle ciliaire dans l'ophtalmie sympathique, par Galezowski. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 29 mars.) — De l'ophtalmie sympathique, par Logetchnikoff. (*Westnik. oftalm.*, janvier et *Ann. d'ocul.*, avril.) — Syphilome cérébral, double névrite optique, considérations générales sur les névrites et les atrophies optiques, par Guépin. (*Rev. gén. d'opht.*, XII, 4.) — Un cas d'hémianopsie, par Holmes. (*Boston med. journal*, 16 février.) — Du diplomètre et de l'application de cet appareil pour définir la nature et le degré des paralysies oculaires, par Galezowski. (*Soc. de biol.*, 28 janvier et *Soc. d'opht. Paris*, 7 mars.) — Sur la diffusion à travers les membranes de l'œil au moyen de la méthode colorimétrique, par Bellarminoff. (*Westnik. oftalmol.*, janvier et *Ann. d'ocul.*, avril.) — Des injections sous-conjonctivales de sublimé, par Darier. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — Les applications sous-conjonctivales de cocaïne dans les opérations sur l'œil, par Koller. (*N. York med. journ.*, 7 janvier.) — Contribution à la recherche des indications, en thérapeutique oculaire, des injections sous-conjonctivales de sublimé, par Grandclément. (*Lyon méd.*, 23 avril.) — Sur l'emploi en ophtalmologie de mélanges de plusieurs produits pharmaceutiques, par Berger. (*Soc. de biol.*, 21 janvier.) — Traumatisme de l'œil, suture, par Gangolphe. (*Lyon médical*, 26 mars.) — Trois cas de tumeurs intra-oculaires, par Taylor. (*Lancet*, 21 janvier.) — Un cas d'angio-sarcome tubuleux primitif du nerf optique, par Salzer. (*Græfe's Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 3.)

Œsophage. — Un cas de malformation congénitale de l'œsophage, par Taylor.

(*Boston med. journ.*, 19 janvier.) — Note additionnelle à la communication sur l'auscultation œsophagienne, par HOFFMANN. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 50, p. 1067, 1892.) — Extirpation d'un diverticulum de l'œsophage, par BUTLIN. (*Royal med. and chir. soc.*, 25 avril.) — Un cas de rupture de l'œsophage, par HARRISON. (*Lancet*, 8 avril.) — Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, par MEYER. (*Annals of surg.*, part. 1.) — Deux observations de rétrécissement de l'œsophage traités par l'électrolyse et la dilatation, par LACAILLE. (*Journ. méd. Paris*, 5 mars.) — Sarcome de l'œsophage, par ROLLESTON. (*London path. Soc.*, 7 février.) — La gastrostomie dans le traitement du cancer de l'œsophage, par E. SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clin.*, 4, p. 50.) — De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par BOUSQUET. (*Thèse de Paris*, 22 mars.)

Orbite. — Coup de fleuret de l'orbite, fracture du sphénoïde, déchirure des artères méningées moyenne et sylvienne, méningo-encéphalite, mort, par BIMLER. (*Arch. de méd. milit.*, avril.)

Oreille. — Note sur quelques points de l'anatomie chirurgicale de la caisse du tympan, par HAMON DU FOUGERAY. (*Ann. mal. de l'or.*, janvier.) — Sur les fonctions otocystiques, par BONNIER. (*Soc. de biol.*, 15 avril.) — L'audition colorée et les phénomènes similaires, par GRUBER. (*Rev. scientif.*, 1er avril.) — Influence des maladies de l'oreille sur le développement mental et physique des enfants, par SCHNEIDER. (*Med. News*, 8 avril.) — Importance diagnostique de la perception des sons par les voies crânienne et aérienne dans les maladies de l'oreille, par CORRADI. (*Arch. ital. di otol.*, I, 1.) — Contribution à la séméiologie et au traitement du catarrhe de la trompe d'Eustache, par LŒWENBERG. (*Soc. de laryng. de Paris*, 3 mars.) — Otorrhée bilieuse, par BONNIER. (*Ibid.*, 6 janvier.) — Recherches sur les inflammation de l'oreille dans quelques maladies infectieuses, par KATZ. (*Therap. Monats.*, janvier.) — Otite externe due à un corps étranger, soies de porc, par COX. (*Journ. of laryng.*, février.) — Sur les perforations de la membrane de Shrapnell, par RAOULT. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — Otalgie et otite aiguë moyenne, par RANDALL. (*Americ. j. of med. sc.*, février.) — Notes sur le traitement des affections de l'oreille moyenne, par PARKIN. (*Sheffield med. journ.*, avril.) — De la percussion de l'apophyse mastoïde, recherches sur un nouveau cas de carie diabétique de cet os, par KÖRNER et WILD. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXIII, p. 234.) — Influence de la paralysie vaso-motrice et de la section des nerfs sensitifs sur le développement de l'inflammation et des abcès produits par le streptocoque dans l'othématome des aliénés, par PELLIZZI. (*Riv. sper. di freniat.*) XIX, 1.) — Abcès mastoïdien, par SCHRŒDER. (*Med. News*, 25 fév.) — Extirpation du tympan et des osselets dans l'otite moyenne, par BLACK. *Med. News*, 15 avril.) — Notes sur l'ablation de l'étrier, par JACK. (*Boston medical journ.*, 5 janvier.) — Opération de l'extraction de l'étrier, par BLAKE. (*Ann. mal. de l'or.*, janvier.) — Traitement des suppurations de l'attique, par WEISMANN. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — Ouverture de la caisse tympanique par la méthode de Kuster, par MAUREL. (*Rev. de laryng.*, 1er mars.) — De la trépanation de l'apophyse mastoïde, spécialement dans les cas de mastoïdite suppurée, par CAVAROZ. (*Thèse de Lyon.*) — Abcès du cerveau accompagnant une otite suppurée, trépanation, ouverture de l'abcès, guérison, par TERRILLON. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 54.) — Otite moyenne, symptômes graves de compression cérébrale, guérison sans opération, par BATES. (*N. York med. journ.*, 14 janvier.) — Thrombose des sinus cérébraux suite d'otite et d'infection purulente, par LAVERAN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 janvier.) — Des thromboses et phlébites des

sinus méningés par inflammations locales infectieuses de l'oreille, du rocher et des parties voisines, nez, pharynx, par Cozzolino. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XI, 4.) — Thrombose pyémique du sinus latéral, suite d'otite aiguë, ouverture du sinus et de la veine jugulaire interne, guérison, par Pritchard. (*Lancet*, 4 mars.) — Cinq cas d'abcès cérébraux par otite, description de cette forme d'abcès en général, par Heiman. (*Arch. of otol.*, XXII, 1.) — Deux cas de pyémie auriculaire traités par opération, par Parkin. (*Lancet*, 11 mars.) — Traitement d'un cas de pyémie suite d'otite moyenne, par Scott et Lane. (*Lancet*, 21 janvier.) — Technique du cathétérisme de la trompe, indications, par Oaks. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 21 janvier.) — Nouveau procédé d'insufflations dans la caisse, par Lowe. (*Brit. med. j.*, 25 février.) — Massage vibratoire de l'oreille moyenne au moyen du téléphone, par Wilson. (*New York med. journ.*, 25 février.) — Traitement otoplastique d'un cas de macrotie, par Hédrich. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er février.) — Histoire d'un bouchon épidermique, par Albespy. (*Rev. de laryng.*, 15 mars et *Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Tuberculose ulcéreuse du lobe de l'oreille, par Ellis. (*Lancet*, 25 février.) — Cholestéatome de l'oreille, par Friedenwald. (*Med. News*, 11 mars.) — Trois cas d'occlusion de l'oreille par des tumeurs osseuses, par Barclay. (*Med. News*, 22 avril.) — Épithélioma squameux de l'oreille externe, par Crawford. (*Lancet*, 11 mars.) — Des blessures de l'oreille par armes à feu, par Binaud. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Oreillon. — Sur un diplocoque trouvé chez les malades atteints d'oreillons, par Laveran et Catrin. (*Soc. de biol.*, 28 janvier.) — Diagnostic, anatomie pathologique et bactériologie des oreillons, par Comby. (*Bull. méd.*, 29 janvier.) — Les oreillons, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 18 avril.) — Dacryoadénite ourlienne, par Dor. (*Lyon méd.*, 12 mars.)

Orthopédie. — Compte rendu du service chirurgical et orthopédique des Enfants assistés, par Kirmisson. (*Revue d'orthopédie*, 1er janvier.) — Manuel d'orthopédie, par Heather Bigg. (*Londres.*)

Os. — Le mouvement et les exercices physiques, leçons pratiques sur les systèmes osseux et musculaire, par Dupuy. (In-8°, 358 p., *Paris.*) — L'os temporal, en particulier dans l'enfance, par Jackson Clarke. (*Journ. of anat.*, VII, 3, avril.) — Sur les exostoses de croissance, par Royer. (*Thèse de Paris*, 2 mars.) — Ostéite de l'omoplate ; résection complète de l'os, par Thévenard. (*Soc. anat. Paris*, 20 janvier.) — Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses, leur traitement par la méthode sclérogène pure ou combinée au curetage, arthrectomie précoce et répétée par Mauclaire. (*Thèse de Paris*, 2 mars.) — Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante chez une syphilitique, par Chrétien. (*Rev. de méd.*, avril.) — De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, en particulier chez les enfants, par Jamet. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — Ostéomyélite aiguë septique des deux épaules, par Owen. (*London med. soc.*, 27 février.) — De l'ostéomyélite larvée, par Poncet. (*Lyon méd.*, 29 janvier.) — Amputation de cuisse pour ostéomyélite, par Collet. (*Lyon méd.*, 19 février.) — Élongation du ligament rotulien, transplantation de la tubérosité du tibia, par Walsham. (*Royal med. and chir. Soc.*, 14 février.) — Ostéoplastie dans les opérations de pseudarthrose, par Muller. (*Cent. f. Chir.*, 18 mars.) — Suture des os sans trépanation, par Dollinger. (*Cent. f. Chir.*, 14 janvier.) — Du spina ventosa, son traitement, par Phocas. (*Gaz. des hôp.*, 17 janvier.) — Diagnostic et traitement de l'ostéomalacie, par Sternberg. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 3.) — Du traitement de l'ostéomalacie, par Labusquière. (*Ann. de gynéc.*, janvier.)

Ovaire. — Histogénie des tumeurs épithéliales de l'ovaire, par STRATZ (*Zeit. f. Geburts.*, XXVI, 1.) — Cystome glandulaire de l'ovaire avec hydropisie des follicules, par CLARK. (*Americ. j. of Obst.*, janvier.) — Remarques sur l'évolution, la marche, le diagnostic des kystes de l'ovaire, par CHARRIER. (*Gaz. méd. Paris*, 4 mars.) — Diagnostic des kystes de l'ovaire et du paraovaire, par TILLAUX. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — Des opérations conservatrices de l'ovaire (résection, ignipuncture) par POZZI. (*Ibid*). — Contribution à l'étude des lésions de l'ovaire et de la trompe, par PICQUÉ et CHARRIER. (*Ibid.*) — Kyste dermoïde de l'ovaire, par REYNIER. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 122.) — Kyste proligère et dermoïde de l'ovaire avec dégénérescence sarcomateuse, par RECLUS. (*Bull. méd.*, 5 mars.) — Des kystes dermoïdes de l'ovaire, par DERRIEN. (*Thèse de Paris*, 27 avril.) — Le développement sexuel précoce dans ses rapports avec les tumeurs ovariennes ; sarcome de l'ovaire chez une enfant de 7 ans, laparotomie, guérison, par HALLIDAY CROOM. (*Edinb. med. journ.*, février.) — Du traitement conservateur dans les salpingo-ovarites, par MAUGIN. (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, août et septembre, 1892.) — Traitement des prolapsus ovariques douloureux chez les jeunes filles, par MASSEY. (*Med. News*, 7 janvier.) — Le côté moral de l'opération d'oophorectomie, par KELLY. (*Americ. j. of Obst.*, février.) — L'abus de l'oophorectomie dans les maladies du système nerveux, par HAMILTON. (*N. York med. journ.*, 18 février.) — Des opérations conservatrices sur l'ovaire (résection ignipuncture), par POZZI. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 22 février.) — De la résection partielle des ovaires malades, par SIPPEL. (*Cent. f. Gynaek.*, 21 janvier.) — Laparectomie pour un énorme kyste de l'ovaire, par MARITAN. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 11 janvier.) — De l'ovariotomie chez l'enfant, par ALDIBERT. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — L'emploi de ligatures de catgut dans l'ovariotomie, par DAVIDSON. (*Lancet*, 1er avril.) — Trocarts de verre pour la ponction des gros kystes ovariques, par KELLY. (*Americ. j. of Obst.*, avril.)

P

Palais. — Éruption vésiculaire du palais, signe d'influenza, par SHELLY. (*Brit. med. j.*, 15 avril.) — Uvulite œdémateuse, enfant de 11 mois, par HUBER. (*Arch. of pediatrics*, janvier.) — Otite moyenne suppurée consécutive à l'amputation de la luette, par BRAISLIN. (*N. York med. journ.*, 4 mars.) — Papillomes des piliers et du voile, par Clinton WAGNER. (*N. York med. journ.*, 25 février.) — Énorme tumeur palatine, par DEFONTAINE. (*Arch. prov. de chir.*, II, 4.) — Tumeur réunissant la symphyse du menton à la voûte palatine, par BROCA. (*Soc. anat. Paris*, 10 février.) — Coup de feu par balle de revolver ayant intéressé le plancher buccal, la langue, la voûte palatine, le sinus maxillaire, le nerf optique gauche, énucléation de l'œil, extraction du projectile, fistule bucco-naso orbitaire persistant pendant trois mois, guérison, par HASSLER. (*Lyon méd.*, 19 fév.)

Paludisme. — Au sujet de l'hématozoaire du paludisme, par LAVERAN. (*Soc. de biol.*, 18 mars.) — L'hématozoaire du paludisme, par CATRIN. (*Gaz. des hôp.*, 8 avril.) — Sur les différentes formes du parasite de la malaria, par BABES et GHEORGHIU. (*Arch. de méd. expér.*, V, 2.) — Endocardite ulcéreuse chez un sujet malarique, par FISHER. (*Lancet*, 1er avril.) — Traitement de la fièvre intermittente par la méthode de Boudin, par DU CAZAL.

(*Rev. gén. de clin.*, 2, p. 17.) — Du bleu de méthylène dans la malaria. par Parenski et Blatteis. (*Therap. Monats.*, janvier.) — Nouveaux travaux sur le traitement de la malaria, par Schnirer. (*Wiener med. Presse*, 26 mars.) — L'administration intermittente de la quinine dans la malaria la température étant prise pour guide, par Williams. (*Boston med. journ.*, 9 mars.) — Traitement de la fièvre paludéenne chez les enfants par l'hélianthus et le bleu de méthylène, par Moncorvo. (*Soc. de thérap.*, 11 janvier.) — Phénocolle dans la malaria, par Dall' Olio. (*Gaz. degli Ospit.*, 14 janvier.) — Action du chlorydrate de phénocolle dans la malaria, par Cucco. (*Therap. Monats.*, avril.)

Panaris. — Quatre obs. de maladie de Morvan, par Baret. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — Du traitement du panaris, par Schmitt. (*Münchener med. Woch.*, 2, p. 26.)

Pancréas. — Du ferment glycolytique du pancréas, par Mansel Sympson. (*Brit. med. j.*, 21 janvier.) — Contribution à l'étude de l'énergie chimique des ferments pancréatiques, par Cazeneuve. (*Lyon méd.*, 5 mars.) — Démonstrations expérimentales empruntées à la comparaison des effets de l'ablation du pancréas avec ceux de la section bulbaire, par Chauveau et Kaufmann. (*Acad. des Sc.*, 20 mars.) — Le pancréas et les centres nerveux régulateurs de la fonction glycémique, par Chauveau et Kaufmann. (*Acad. des Sc.*, 6 mars.) — Le pancréas et les centres nerveux régulateurs de la fonction glycémique. Expériences concourant à démontrer le rôle respectif de chacun de ces agents dans la formation de la glycose par le foie, par Chauveau et Kauffmann. (*Soc. de biol.*, 11 mars et *Acad. des Sc.*, 13 mars.) — Altérations de l'œil chez un chien diabétique par extirpation du pancréas, par Gley. (*Soc. de biol.*, 21 janvier.) — Action de quelques hypnotiques sur la digestion pancréatique, par Gordon. (*Brit. med. j.*, 22 avril.) — Du cancer primitif du pancréas, par Lucron. (*Thèse de Paris*, 20 avril.) — Du signe de Sahli dans le cancer du pancréas, par Hüe. (*Normandie méd.*, 1er avril.) — Étude clinique du cancer primitif du pancréas, par Choupin et Molle. (*Loire méd.*, 15 mars.)

Pansement. — Du pansement antiseptique des plaies, par Lister. (*Brit. med. j.*, 28 janvier.) — Manuel d'aseptie, par C. Schimmelbusch. (*Paris.*) — A propos de l'aseptisation des fils, un modèle de dévidoir stérilisateur pour fils à sutures et à ligatures, par Forgue. (*Mercredi méd.*, 11 janv.) — Gazes et ouates antiseptiques, par Bourquelot. (*Journ. de pharm.*, 1er mars.) — Du choix d'un procédé de titrage de la gaze iodoformée, par François. (*Ibid.*, 15 avril.) — La question du drainage en chirurgie, par Cartledge. (*Med. News*, 4 février.)

Paralysie. — Sur les paralysies systématiques, par Féré. (*Soc. de biol.*, 15 avril.) — De la paralysie à la naissance d'origine centrale, par Oliver. (*Brit. med. j.*, 8 avril.) — De la paralysie dans l'accouchement d'origine périphérique, par Gay. (*Ibid.*) — Étude d'une forme familiale de paraplégie spasmodique, par Newmark. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Paralysie bulbaire unilatérale subaiguë, par Wiener. (*N. York neurol. soc.*, 7 février.) — Douleurs pré- et post-hémiplégiques, lésions articulaires post-hémiplégiques, par Weir Mitchell. (*Med. News*, 22 avril.) — De la diplégie faciale (prosopodiplégie), par Stintzing. (*Münchener med. Woch.*, 1 et 2, p. 1 et 28.) — Sur la paralysie faciale hystérique, par Gasnier. (*Thèse de Paris*, 2 mars.) — Position de la langue dans la paralysie faciale périphérique, par Hitzig. (*Neurol. Centralbl.*, 1er décembre 1892.) —

Opération de ptosis, paralysie congénitale unilatérale de la 3e paire, par Jocqs. (*Soc. d'opht. de Paris*, 7 février.) — Paralysie myosclérosique limitée aux membres inférieurs chez une jeune fille de 20 ans, par Denucé. (*Ann. polycl. Bordeaux*, 1er janvier.) — Paralysie combinée des nerfs du bras par traumatisme, par James. (*Edinb. med. journ.*, février.) — Un cas de paralysie complexe de l'avant-bras et de la main, par Landowski. (*Gaz. des hôp.*, 30 mars.) — Sur les fonctions inhibitrices des sécrétions glandulaires dans quelques maladies chroniques, paralysie pseudo-hypertrophique, par Macalister. (*Brit. med. j.*, 8 avril.)

Paralysie générale. — Étiologie de la paralysie générale, études statistiques, par Kaes. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, XLIX, 5.) — Les causes de la paralysie générale, par Nicoulau. (*Ann. méd. psych.*, janvier.) — Sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale, par Dagonet. (*Soc. de biol.*, 28 janvier.) — Paralysie générale dans l'adolescence, par Wigglesworth. (*Brit. med. j.*, 25 mars.) — Étude des réflexes dans la paralysie générale et recherches statistiques sur l'étiologie de cette affection, par Renaud. (*Thèse de Paris*, 13 mai.) — Des pseudo-paralysies générales névritiques, par Klippel. (*Gaz. hebd. Paris*, 4 février.) — Tabes et paralysie générale, par Courtois-Suffit. (*Gaz. des hôp.*, 14 janvier.) — Paralysie générale et syphilis, par Morel-Lavallée. (*Rev. de méd.*, février.) — Sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis, par Chanson. (*Thèse de Paris*, 2 mars.)

Parole. — Les troubles de la parole, par Wyllie. (*Edinb. med. j.*, mars.) — De l'aphasie, par Blocq. (*Ann. de méd.*, 15 février.)

Pathologie. — Des méthodes applicables à l'étude de la pathologie générale, par Kiener. (*Nouv. Montpellier méd.*, 2, p. 25.)

Paupière. — Mouvements associés de la paupière supérieure et de la mâchoire inférieure, par Beaumont. (*Lancet*, 15 avril.) — Spasme des paupières, blépharospasme, par Valude. (*Union médicale*, 10 janvier.) — Kyste congénital de la paupière avec microphtalmos, par Gallemaerts. (*Rev. génér. d'opht.*, XII, 3.) — Restauration de paupière par la peau de grenouille, par Gillet de Grandmont. (*Soc. d'opht. Paris*, 7 mars.) — La peau de la lota vulgaris pour la blépharoplastie, par Katzauroff. (*Westn. oftalm.*, janvier et *Ann. d'ocul.*, avril.)

Peau. — Du détournement du pigment vers la peau, par Schmorl. (*Cent. f. allg. Pathol.*, IV, 6.) — De la sécrétion sébacée, par Greciet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur les affections cutanées et vénériennes des Berbères de l'Auris, par Raynaud. (*Soc. francaise de dermat.*, 16 février.) — Nouvelle classification des maladies de la peau, par Tommasoli. (*Journ. des mal. cutan.*, janvier.) — Introduction à l'étude des maladies de la peau, par Pye Smith. (In-8°, *Londres.*) — Diagnostic général des maladies de la peau, par Hebra. (*Wiener med. Presse*, 12 mars.) — Les doctrines parasitaires en dermatologie, par Dubreuilh. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 fév.) — Étude des affections des glandes sudoripares, par Petersen. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 3.) — Contribution à l'étude du tissu élastique dans les néoplasies fibreuses de la peau, par Soffiantini. (*Arch. de méd. expér.*, V, 2.) — Atrophie localisée idiopathique de la peau, par Taylor. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Du dermographisme, par Barthélemy. (*Progrès médical*, 7 janvier.) — Kératose congénitale, par Augagneur. (*Lyon méd.*,

29 janvier.) — Dermatite herpétiforme, par MACKENZIE. (*Brit. journ. of dermat.*, janvier.) — Des dermatites exfoliatrices généralisées, par ORO. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 1.) — Dermatite herpétiforme de Duhring, par DUBREUILH. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er février.) — Dermatite exfoliatrice, mort subite, par JUHEL-RÉNOY. (*Soc. franç. de dermat.*, 16 février.) — Un cas de dégénérescence colloïde de la peau, par FOX. (*Journ. of cutan. dis.*, février.) — Des dermatoses d'origine arsenicale, par RASCH. (*Ann. de dermat.*, IV, 2.) — Des éruptions iodiques, acné anthracoïde ou dermatite tubéreuse, par LEGRAND. (*Thèse de Paris*, 15 mars.) — Dermatite médicamenteuse par l'iodoforme, l'iodure de potassium et l'aristol, par HOLSTEN. (*Med. News*, 4 mars.) — Éruptions iodoformiques, par CATHELINEAU. (*Soc. franç. de dermat.*, 16 février.) — Sarcome de la peau, par HARTZELL. (*Journ. of cutan. disc.*, janvier.) — Recherches microscopiques dans un cas de sarcome cutané, par TOUTON. (*Arch. f. Derm.*, Ergänzungshefte.) — Cancer mélanique de la peau, par HUTCHINSON. (*London pathol., soc.*, 7 février.) — De l'emploi de l'ichthyol dans les maladies de la peau, par LORENZO. (*Raccoglitore medico*, 30 juillet 1892.)

Pellagre. — Etude du chimisme gastrique chez les pellagreux. par AGOSTINI. (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 1.)

Pemphigus. — Un cas de pemphigus foliacé, par REGENSBURGER. (*Journ. of cutan. dis.*, février.) — Sur les rapports qui existent entre la dermatite herpétiforme et le pemphigus foliacé, par HALLOPEAU. (*Soc. franç. de derm.*, 12 janvier.)

Péritoine. — La sensibilité du péritoine, par LAWSON TAIT. (*Lancet*, 21 janvier.) — Pyélonéphrite suppurée. Péritonite sous-hépatique ouverte dans les bronches, par LAFARELLE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 janvier.) — Péritonite sans perforation et bactérium coli commune, par SORDOILLET. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse, par DUFFAU-LAGARROSSE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des différentes formes de la péritonite tuberculeuse ; de leur traitement chirurgical par la laparotomie, par MAUCLAIRE. (*Tribune méd.*, 9 février.) — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, par MADER. (*Wiener klin. Woch.*, 19 janvier.) — Traitement de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant, par G. PHOCAS. (*La méd. moderne*, 3 décembre 1892.) — Kystes séreux du mésentère, par TERRILLON. (*Ann. of surg.*, part. 1.) — Des tumeurs causées par les épanchements dans l'arrière-cavité péritonéale, simulant des kystes du pancréas, par LLOYD. (*Annals of surg.*, part. 1.) — Myxome lipomateux du mésentère 6 k. 50 gr. Ablation, guérison, par HEURTAUX. (*Arch. prov. de chir.*, II, 3.) — Tumeur conjonctive de l'épiploon gastro-hépatique, extirpation de la tumeur et de la vésicule biliaire comprise dans son épaisseur, guérison, par RICARD. (*Gaz. des hôpitaux*. 13 avril.)

Pharmacologie. — Notes sur l'eucalyptus, par TYNDALE. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 21 janvier.) — Action de la nicotine sur quelques fermentations indirectes, par MORAT. (*Soc. de biol.*, 28 janvier.) — De l'action du curare sur les animaux à sang chaud, par LEBELL et MIRECA VESESCU. (*Ibid.*, 28 janvier.) — Sur l'action physiologique de la cocaïne, par BERGER. (*Ibid.*, 21 janvier.) — Action physiologique de la morphine chez les bovinés, par GUINARD. (*Ibid.*, 11 mars.) — Résistance remarquable des animaux de l'espèce caprine aux effets de la morphine, par GUINARD. (*Acad.*

des Sc., 6 mars.) — Stérilisation des solutions d'atropine, d'esérine et de cocaïne, avec description d'un nouveau compte-goutte, par Stroschein. (*Græfe's Arch. f. Ophth.*, XXXVIII, 2.) — Étude comparée de l'action physiologique de la brucine et de la strychnine, par Reichert. (*Med. News*, 8 avril.) — Étude expérimentale sur la condurangine, par Perret. (*Thèse de Paris*, 27 avril.) — Les principes actifs de la racine de bryone, par Masson. (*Journ. de pharm.*, 15 mars.) — De l'action de la pipérazine, par Rörig. (*Therap. Monats.*, mars.) — Des alcaloïdes de l'huile de foie de morue, de leur origine et de leurs effets thérapeutiques, par Bouillot. (*Acad. des Sc.*, 27 février.) — La losophane, par Descottes. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — Du chlorure d'éthyle, par Gans. (*Therap. Monats.*, mars.) — Action du sulfonal, par Schäffer. (*Therap. Monats.*, février.) — Le trional comme hypnotique, par Krauss. (*N. York med. journ.*, 22 avril.) — De l'action physiologique du chloralose, par Hanriot et Richet. (*Soc. de biol.*, 14 janvier.) — Effets thérapeutiques du chloralose, par Landouzy, Marie, Ségard, Moutard-Martin. (*Ibid.*) — Effets psychiques du chloralose sur les animaux, par Hanriot et Richet. (*Ibid.*, 28 janvier.) — Effets physiologiques du chloralose, par Hanriot et Richet. (*Ibid.*, 4 février.) — D'une substance dérivée du chloral ou chloralose et de ses effets physiologiques et thérapeutiques, par Hanriot et Richet. (*Acad. des Sc.*, 9 janvier.) — Le chloralose, par Richet. (*Rev. scientif.*, 11 février.) — Etude chimique de l'iodoforme, par Müller. (*Cent. f. Chir.*, 8 avril.) — Irritation par l'emploi local de l'iodoforme, par Cantrell. (*Med. News*, 7 janvier.) — Lysol ou savon de crésol, par Burckhardt. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 janvier.) — Analyse des créosotes officinales, gaïacol, par Béhal et Choay. (*Acad. des Sc.*, 30 janvier.) — De l'action physiologique de la thymacétine, par Marandon de Montyel. (*Bull. de thérap.*, 30 janvier.) — Le phénosalyl, son pouvoir microbicide, son emploi en chirurgie et en gynécologie, par Duloroy. (*Thèse de Paris*, 19 janvier.) — Valeur antiseptique du phénocolle, par Beck. (*N. York med. journ.*, 22 avril.) — L'identité de l'hydronaphtol et du naphtol B impur, par Stewart et Beckwith. (*Med. News*, 1er avril.) — Influence de l'alcalinité du sang sur les processus d'oxydation intra-organique provoqués par la spermine, par Poehl. (*Acad. des Sc.*, 20 mars.) — De l'application de teinture d'iode dans les affections de la gorge, par Wroblewski. (*Gazeta lekarska*, 10.) — Effets des iodures sur la tension artérielle et sur l'excrétion des urates, par Haig. (*Royal med. and chir. soc.*, 10 janvier.) — Innocuité du cuivre et liséré cuprique, par Bucquoy. (*Rev. gén. de clin.*, 5, p. 65.)

Pharynx. — La gorge rhumatismale, étiologie du catarrhe naso-pharyngien, par Braislin. (*N. York med. journ.*, 22 avril.) — Du nettoyage dans le traitement du catarrhe naso-pharyngien, par Bermingham. (*Med. News*, 11 mars.) — Diagnostic et traitement des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques chez l'enfant (incision par la bouche), par Massei. (*Arch. ital. di laring.*, XIII, 2.) — Quelques considérations relatives à l'incision des abcès chauds rétro-pharyngiens chez l'enfant (conseille l'ouverture par la bouche), par Branthomme. (*Semaine méd.*, 11 mars.) — Incision, par le cou, d'un abcès rétro-pharyngé, par Meyer. (*N. York Acad. of med.*, 9 janvier.) — Diagnostic et traitement du leptothrix mycosis pharyngien, par Kraus. (*Bull. méd.*, 15 mars.) — Un cas de mycose généralisé au pharynx, au naso-pharynx, à la base de la langue et au larynx, par Labit. (*Rev. de laryng.*, 1er mars.) — Mycose leptothrix pharyngée, par Colin. (*Thèse de Paris*, 8 mars.) — Ulcération de la portion laryngienne du pharynx chez un malade atteint de cancer du pylore, par Bigeard. (*Soc. anat. Paris*, 3 mars, p. 157.) — Lésions pseudo-syphilitiques du pharynx, par

King. (*Journ. of opht. laryng.*, janvier.) — Tumeurs adénoïdes, par Owen. (*Practitioner*, mars.) — Tumeurs rétro-nasales chez l'enfant, par Owen. (*London harveian Soc.*, 2 février.) — Modification de la curette de Gottstein, par Makuen. (*Med. News*, 8 avril.) — Etude sur les polypes du pharynx buccal, par Bouilloud. (*Thèse de Lyon.*)

Photographie. — Photographie instantanée du fond de l'œil humain, par Guilloz. (*Soc. de biol.*, 11 mars.)

Physiologie. — Nouveaux éléments de physiologie, par Langlois et de Varigny. (In-18, 946 p., *Paris.*)

Pied. — 2e contribution à l'étude des difformités du pied en rapport avec l'absence congénitale des os de la jambe, par Redard. (*Rev. mal. de l'enf.*, janvier.) — Considérations sur le martellement des orteils et son traitement chirurgical, par Annequin. (*Dauphiné méd.*, 1er février.) — Contribution à l'étude de la tarsalgie, par Denucé. (*Ann. polycl. Bordeaux*, 1er janvier.) — Trois cas de pied bot acquis, opération, par O'Neill. (*Brit. med. j.*, 4 mars.) — Genèse et prophylaxie des difformités du pied basées sur l'anatomie et la physiologie, par C. Boegle. (*Munich.*) — L'anatomie pathologique du pied bot équin, par Bodenstein. (*Wiener med. Presse*, 12 février.) — Du pied bot varus équin invétéré et de son traitement, par Delore. (*Rev. d'orthopédie*, 1er mars.) — Sur la correction forcée pour le pied plat rigide, par Whitmann. (*Annals of surg.*, part. 1.) — Contribution à l'anatomie du pied varus équin congénital, par Burrell. (*Annals of surg.*, XVII, 3.) — Pied valgus et pied équin, par de Forest Willard. (*Med. News*, 11 mars.) — Astragale du pied bot et tarsoclasie, par Delore. (*Lyon méd.*, 5 février.) — Du traitement opératoire du pied bot paralytique, équin varus fixe et ballottant, par Batchoursky. (*Thèse de Paris*, 2 mars.) — Le traitement du pied bot grave, par Walsham. (*Brit. med. j.*, 18 février.) — Traitement des pieds bots varus équins, congénitaux difficiles par l'ostéoclasie sus-malléolaire, la tarsoplasie ou modelage du tarse sous l'ostéoclaste de Robin-Mollière et la section sous-cutanée des parties molles résistantes sur les faces interne et plantaire, par Vincent. (*Arch. prov. de Chir.*, II, 3.)

Placenta. — Respiration placentaire à l'état normal et à la suite d'une hémorragie de la mère, par Butte. (*Soc. de biol.*, 25 février.) — Sur l'évolution histologique du placenta abortif, par Pilliet. (*Soc. de biol.*, 15 avril.)

Plèvre. — Des pleurésies parapneumoniques, par Lemoine. (*Semaine méd.*, 11 janvier.) — L'avenir des pleurétiques, par Chauffard. (*Rev. gén. de clin.*, 7, p. 97.) — Epanchement pleural à la dose de 3 onces 1/2 par heure, par Hale White. (*Lancet*, 25 mars.) — Les pleurésies diaphragmatiques, par Sée. (*Gaz. des hôp.*, 25 mars.) — De la péripleurite, par Blaikie Smith. (*Brit. med. j.*, 18 février.) — Un cas de pleurésie séreuse, tuberculeuse et strepto-coccique, étude des associations bactériennes, par Sacaze. (*Rev. de méd.*, avril.) — Mort rapide dans un cas d'épanchement pleurétique gauche de 1,350 grammes, par Davezac. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 février.) — Des injections intra-pleurales antiseptiques comme traitement des épanchements pleuraux ; de leur efficacité dans les pleurésies enkystées, par Sarrouy. (*Thèse de Paris*, 5 janvier.) — Thoracentèse dans un cas de pleurésie pulsatile avec pneumothorax, par Watkins. (*Lancet*, 21 janvier.) — Analyse d'un calcul trouvé dans le médiastin supérieur, par Gascard. (*Journ. de pharm.*, 1er mars.)

Poumon. — Sur un cas d'infection lente par le pneumocoque, par Lesage et Pineau. (*Soc. de biol.*, 4 février.) — Infection par le pneumocoque, méningite suppurée, pleurésie purulente double, endocardite mitrale, par Péron. (*Soc. anat. Paris,* 17 février.) — De l'immunité acquise contre le pneumocoque, par Issaeff. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 3.) — Infection générale à pneumocoques, endocardite, péricardite, pleurésie double, etc., marche lente et apyrétique, mort, par Pineau. (*Soc. anat. Paris*, 20 janvier. — Pneumobacille et pneumobacilline, par Arloing. (*Lyon méd.* 12 février.) — Pneumonie suivie d'endocardite ulcéreuse et de méningite, par Sainsbury. (*Lancet*, 18 février.) — La vaccination et la guérison de l'infection pneumonique expérimentale et de la peumonie franche de l'homme, par Mosny. (*Arch. de méd. expér.*, V, 2.) — Fièvre pneumonique, sa symptomatologie, par Wells. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 7 janvier.) — Psychoses et pneumonie, par Raymond. (*Semaine méd.*, 15 avril.) — Discussion sur le diagnostic et le traitement de la pneumonie aiguë croupale, par Goodhart. (*Brit. med. j.*, 15 avril.) — La glace dans le traitement de la pneumonie, par Mays. (*Med. News*, 21 janvier.) — Traitement de la pneumonie par la digitale et le chloral, par Bergen. (*N. York med. journ.*, 25 mars.) — Oxygène et injection de strychnine dans la pneumonie lobaire aiguë, par Saunders. (*Lancet,* 29 avril.) — Chlorure de calcium dans le traitement de la pneumonie, par Crombie. (*Practitioner*, avril.) — Sur le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses ou doses thérapeutiques, par Petresco. (*Rev. de méd.*, mars.) — La congestion pulmonaire d'origine gastro-intestinale, par Huchard. (*Rev. gén. de clin.*, 7, p. 99.) — Plaie pénétrante de la poitrine par un instrument tranchant, hernie du poumon, hémothorax, résection de la hernie pulmonaire, guérison, par d'Audibert Caille, du Bourguet et Legrain. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Suppuration du poumon, tuberculose et abcès pulmonaires à colibacilles et streptocoques, deux infections secondaires, complication de l'infection primitive, par Charrin et Ducamp. (*Rev. de méd.*, mars.) — Pneumotomie à deux reprises chez le même malade pour des abcès tuberculeux et gangrène du poumon, guérison, par Blake White. (*Med. News*, 14 janvier.) — Etiologie, pathogénie et traitement de la gangrène pulmonaire, par Lop. (*Gaz. des hôp.*, 4 mars.) — Cancer du poumon gauche, généralisation, pleurésie purulente à pneumocoques, par Walch. (*Bull. soc. anat. Paris*, janvier, p. 90.)

Poil. — Alopécie prématurée, l'eczéma séborréique comme cause la plus fréquente, par Elliot. (*N. York med. journ.*, 4 février.) — Sur les hypertrichoses, par Poumayrac. (*Thèse de Bordeaux.*)

Prostate. — Hypertrophie du lobe moyen de la prostate, ablation par la taille sus-pubienne, par Horne. (*Sheffield med. j.*, avril.) — Des abcès de la fosse iliaque consécutifs à des lésions prostatiques, par Bezy. (*Mercredi méd.* 22 mars.) — Recherches expérimentales sur les effets des opérations sur la prostate, par Latis. (*Riforma medica*, 2 janvier.) — De la tuberculose de la prostate, par Marwedel. (*Beit. zur klin. Chir.*, IX.) — Sur les conditions de santé de la vessie et le traitement des prostatiques, par Guyon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Résultats éloignés de la cystotomie chez les prostatiques, par Diday. (*Gaz. heb. Paris*, 4 février.) — Prostatectomie sus-pubienne, par Browne. (*Brit. med. j.*, 11 mars.)

Psoriasis. — Histologie du psoriasis, par Piffard. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Notes histologiques sur quelques cas de psoriasis, par Mantegazza. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 1.) — Du psoriasis typique et atypique, par Rosenthal. (*Arch. f. Dermat.* Ergänzungshefte.)

Psychologie. — La psychologie expérimentale en Allemagne, par DE SARLO (*Riv. sper. di freniat.*, XIX, 1.) — Etude des phénomènes psychiques occultes, par COSTE. (*Thèse de Montpellier.*)

Psychose. — De la psychose polinévritique, par STRAUSS. (*Thèse de Lyon.*)

Puerpéral. — Des principales formes de septicémie puerpérale observées à la maternité de Pellegrin et de leur traitement, par JOURDRAN. (*Thèse de Bordeaux.*) — La septicémie puerpérale atténuée, par BASSET. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale, par IDANOFF. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Ovariotomie dans le cours d'une septicémie puerperale prolongée ; guérison, par LE ROY des BARRES. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 15 mars.) — Traitement de l'infection puerperale, par FOSTER SCOTT. (*N. York med. journ.*, 4 février.)

Purpura. — Deux cas de purpura infectieux chez deux enfants de la même famille, par ROQUE. (*Lyon méd.*, 22 janvier.) — Hématome de la vulve et du vagin, purpura de Werlhoff, par WARSZAWSKI. (*Cent. f. Gynaek.*, 4 mars.) — Obs. de purpura hémorragique, par EARECKSON. (*Med. News*, 7 janvier.)

Q

Quinine. — Des sels doubles de quinine, par LABORDE. (*Bull. acad. méd.* 14 février.) — Le chlorydro-sulfate de quinine, par GRIMAUX et LABORDE. (*Tribune méd.*, 16 février.)

R

Rachis. — Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée, par TORNU. (*Thèse de Bordeaux.*) — Contribution à la chirurgie du rachis, par DELORME. (*Bull. acad méd.* et *Bulletin méd.*, 29 mars.) — Fracture de la colonne vertébrale par une cause musculaire, révélée par l'apparition de douleurs névralgiques en ceinture et d'une gibbosité tardive, par VERNEUIL et FORESTIER. (*Bull. acad. de méd.*, 27 septembre 1892.) — Le traitement des cas négligés de scoliose latérale avec rotation, par SAYRE. (*N. York med. journ.*, 18 mars.) — Déviations latérales du rachis dans le mal de Pott et particulièrement dans le mal de Pott dorso-lombaire, par PHOCAS. (*Revue d'orthopédie*, 1er janvier.) — Paraplégie par carie spinale, laminectomie, par PARKIN. (*Brit. med. j.*, 15 avril.) — Spondylolisthésis avec paraplégie progressive, laminectomie, par ARBUTHNOT LANE. (*Lancet*, 29 avril.) — Des tumeurs congénitales d'origine parasitaire de la région sacro-coccygienne, par CALBET. (*Thèse de Paris*, 4 mai.)

Rachitisme. — Du rachitisme, par MARFAN. (*Ann. de méd.*, 4 janvier.) — Le rachitisme chez l'homme et chez les animaux, par AZOULAY. (*La Méde-*

cine moderne, 18 février, p. 158.) — Du rachitisme intra-utérin, par Carton. (*Thèse de Paris,* 18 janvier.) — Rachitisme, traitement des difformités qui sont la conséquence, par Wirt. (*Journ. Americ. med. Assoc.,* 7 janvier.)

Rage. — La rage à l'école vétérinaire de Lyon, en 1892, par Galtier. (*Lyon méd.,* 22 janvier.) — Statistique des personnes mordues par des animaux enragés et traitées d'après la méthode Pasteur, à Saint-Pétersbourg, par Kraïouchkine. (*Arch. des Sc. biol. Saint-Pétersbourg,* I, p. 153.) — Vaccin chimique contre la rage, par Tizzoni et Centanni. (*Brit. med. j.,* 11 mars.) — Les vaccinations anti-rabiques à l'Institut Pasteur, en 1892, par Pottevin. (*Ann. Inst. Pasteur,* VII, 4.)

Rate. — La rate dans les maladies infectieuses, par Roger. (*Gaz. hebd Paris,* 1er avril.) — Double kyste séreux de la rate, par Gouget. (*Soc. anat. Paris,* 17 février.)

Rectum. — Traité des maladies du rectum, de l'anus et de l'S iliaque, par Matthews. (In-8° 537 p., New-York, 1892.) — Trois années de pratique à la clinique des maladies du rectum, par Kelsey. (*N. York med. journ.,* 18 février.) — De la voie rectale et de son utilisation en thérapeutique, par Lemansky. (*Thèse de Paris,* 5 janvier.) — Abcès péri-rectaux, par Kelsy. (*Therap. Gaz.,* 16 janvier.) — Note sur les abcès de la fosse ischio-rectale, par Hartmann. (*Soc. anat. Paris,* 10 mars.) — Ulcères du rectum comme complication de la paramétrite postérieure, par Locke. (*N. York med journ.,* 1er avril.) — Rétrécissement syphilitique du rectum, par Carre (*Thèse de Paris,* 22 février.) — Statistique et traitement chirurgical du cancer du rectum, par Lövinsohn. (*Beit. zur klin. Chir.,* X, 1.) — Colotomie iliaque pour cancer du rectum, par Miller. (*Edinb. med. j.,* mars.) — Traitement des cancers inopérables du rectum, par Reclus. (*Mercredi méd.,* 1er mars.) — Extirpation totale du rectum pour cancer, par Cristovisch. (*Bull. de thérap.,* 28 février.) — Nouvelle méthode pour l'extirpation du rectum, par Schelkley. (*Berl. klin. Woch.,* 8 août 1892.) — Résection du rectum et de l'S iliaque, 12 pouces, pour tumeur maligne, par Purcell. (*Lancet,* 1er avril.)

Rein. — Destruction des capsules surrénales chez le chien, par Langlois. (*Soc. de biol.,* 29 avril.) — Influence heureuse de la transfusion de sang normal après l'extirpation des capsules surrénales chez le cobaye, par Brown-Séquard. (*Ibid.*) — Rein hydronéphrétique expérimental, par Bazy. (*Soc. anat. Paris,* 17 mars.) — Quelques cas de néphrite primitive aiguë produite par le diplocoque de Fränkel-Weichselbaum, par S. Pansini. (*Riforma medica,* 13 janvier.) — De la nature et de la formation des cylindres rénaux, par Lubarsch. (*Cent. f. allg. Pathol.,* IV, 6.) — Étiologie de la maladie de Bright aiguë, par Milne. (*Sheffield med. journ.,* avril.) — Considérations générales sur le mal de Bright, par Chantemesse. (*Ann. de méd.,* 25 janvier.) — Les néphrites pyrétiques, par Lancereaux. (*Ann. mal. org. gén. urin.,* avril.) — Sur la néphrite liée à l'aplasie artérielle, par Mosgofian. (*Thèse de Paris,* 11 janvier.) — Des néphrites épithéliales dans la syphilis, la tuberculose et la lèpre, par Lancereaux. (*Bull. méd.,* 11 janvier.) — Néphrite épithéliale primitive dite à frigore ou fièvre néphrétique, par Lancereaux. (*Ann. mal. org. gén. urin.,* janvier.) — Régime dans la maladie de Bright, par Hale White. (*Royal med. and chir. Soc.,* 25 avril.) — Du traitement des différentes formes de néphrites, par Da Costa. (*Journ. Americ. med. Assoc.,* 7 janvier.) — Utilité de la saignée

dans les néphrites infectieuses avec accidents graves, par SACAZE. (*Rev. de méd.*, janvier, et *N. Montpellier méd.*, 3 et 4, p. 49 et 66.) — La pipérazine dans le traitement des calculs rénaux, par STEWART. (*Therap. Gaz.*, 16 janvier.) — Gros reins polykystiques, par MICHEL. (*Soc. anat. Paris*, 20 janvier.) — Du faux ballottement rénal, par LE DENTU. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 89.) — Rein mobile, 12 cas traités par la néphrorraphie, par EDEBOHLS. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — Luxation aiguë du rein, par CLARKE. (*Royal med. and chir. soc.*, 11 avril.) — Reins tuberculeux et kystiques, par KLIPPEL. (*Soc. anat. Paris.* 13 janvier.) — Tuberculose rénale, par LATHURAZ. (*Lyon méd.*, 5 février.) — Des résultats des néphrotomies et néphrectomies pour la tuberculose rénale, par FACKLAM. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLV, 4.) — Dix cas de chirurgie des reins, par MONTAZ. (*Dauphiné méd.*, 1er janvier.) — De la néphrotomie d'urgence, par MICHEL. (*Thèse de Lyon.*) — Néphrotomie pour calculs sur des reins en fer à cheval, par SCHUCHARDT. (*Berl. klin. Woch.*, 15 août 1892.) — Sur la néphrectomie transpéritonéale dans les cas d'hydronéphrose volumineuse, par PICQUÉ. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, février.) — Uropyonéphrose intermittente avec rétention incomplète, néphrectomie primitive, résection partielle de l'urètre, guérison dataut d'un an, par TUFFIER. (*Ibid.*, avril.) — Néphrectomie combinée avec l'uretérectomie totale, par REYNIER. (*Bull. méd.*, 19 février.) — Néphrectomie et uretérotomie totale poururetérite et pyonéphrose d'origine probablement typhique, par REYNIER. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 102.) — Traitement des cancers du rein par la néphrectomie parapéritonéale, par RIVIÈRE. (*Lyon méd.*, 12 mars.) — Ablation d'un rein pour cancer à croissance polypiforme dans les calices, le bassinet et l'uretère. Guérison, par ISRAEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 59, 5 décembre.)

Résection. — Résection du sternum pour sarcome, par GRAVES. (*Med. News*, 4 mars.) — Indication et valeur de la résection dans l'ostéo-arthrite fongueuse de l'articulation des deux premières pièces du sternum, compliquée de luxation pathologique en avant du corps sur le manche, par YVERT. (*Rev. de chir.*, janvier.) — 30 cas de résection du genou, par MILLER. (*Lancet*, 7 février.) — Fixation après la résection du genou, par WILSON. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.)

Respiration. — Recherches sur la physiologie des centres respiratoires, par BIENFAIT. (*Arch. de biol.*, XII, 4.) — Recherches sur les variations respiratoires de la pression intra-abdominale, par HOGGE. (*Arch. de biol.*, XII, 4.)

Rétine. — Hémorragie rétinienne symptomatique de fièvre urineuse, par NICATI. (*Ann. d'ocul.*, février.) — Traitement du décollement de la rétine, 4 cas, par de SCHWEINITZ. (*Therap. Gaz.*, 16 janvier.) — Quelques conditions de la cure opératoire radicale du décollement rétinien traumatique et myopique récent, par BOUCHERON. (*Arch. d'Opht.*, 4 février.)

Rhumatisme. — Pathogénie du rhumatisme articulaire aigu, par DE SAINT-GERMAIN. (*Thèse de Paris*, 13 mai.) — Péliose rhumatismale, par BARHAM. (*N. York med. journ.*, 11 mars.) — Des affections neuromusculaires dans le rhumatisme polyarticulaire, par MAX KAHANE. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 49, p. 1041, 1892.) — De la salipyrine, son action dans le rhumatisme articulaire aigu, par MATHIEU. (*Thèse de Lyon.*) — Valeur du salophène comme anti-rhumatismal, par HARE. (*Therap. Gaz.*, 16 janvier.)

Roséole. — Une épidémie de roséole miliaire, par SUDOUR. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.)

Rubéole. — Etiologie de la rubéole, par Donald Hood. (*Royal med. and. chir. soc.*, 14 mars.)

S

Salivaire. — Sur l'appareil salivaire des oiseaux, par Pilliet. (*Soc. de biol.*, 25 mars.) — Grenouillette aiguë après absorption de boissons glacées, asphyxie imminente, incision du canal de Wharton, guérison, par Géraud. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — Ptyalisme et pyoctanine, par Heimann. (*Therap. Monats.*, fév.)

Sang. — Technique et valeur diagnostique de la méthode d'Ehrlich pour la coloration des leucocytes, par Southworth. (*N. York med. journ.*, 7 janv.) — Remarques sur la valeur clinique de la méthode d'Ehrlich d'examen du sang, par Thayer. (*Boston med. journal*, février.) — Réactions colorées des leucocytes, par Wright et Bruce. (*Brit. med. j.*, 25 fév.) — Sur le pouvoir pepto-saccharifiant du sang et des organes, par Lépine. (*Acad. des sc.*, 23 janv.) — Incoagulabilité du sang et réapparition de la fibrine chez l'animal qui a subi la défibrination totale, par Dastre. (*Soc. de biol.*, 21 janv.) — Parallèle de la coagulation du sang et de la caséification du lait, par Arthus. (*Ibid.*, 22 avril.) — Activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans les tissus vivants, ses variations physiologiques, pathologiques et thérapeutiques, par Porge. (*Thèse de Paris*, 23 mars.)—Influence de la stase sanguine sur l'hématopoèse, par Grigorescu. (*Soc. de biol.*, 18 fév.) — Influence des congestions diverses sur la richesse du sang en globules rouges, fonctions hématopoétiques de la rate, par Malassez. (*Ibid.*, 25 fév.) — Sur les vraies maladies du sang, par Herz. (*Wiener med. Presse*, 19 mars.)

Sarcome. — Sarcomatose généralisée, par Darier. (*Soc. anat. Paris*, janv. p. 17.) — Sarcome causé par des psorospermies, par Clarke. (*Brit. med. j.*, 21 janv.) — Sarcome de la jambe, par Chapt. (*Bull. Soc. anat. Paris*, fév., p. 97.)

Saturnisme. — Élimination du plomb dans le saturnisme, par Dixon Mann. (*Brit. med. j.*, 25 fév.) — Empoisonnement saturnin par le vernis des poteries communes, par Pillaud. (*Thèse de Paris*, 16 mars.) — Encéphalopathie saturnine, par O'Carroll. (*Brit. med. j.*, 14 janv.) — Sur les localisations dans les paralysies d'origine saturnine chez les enfants, par Putnam. (*Boston med. journal*, 23 février.) — Traitement de la colique de plomb par l'antipyrine, par Devic et Chatin. (*Province méd.*, 49, 1892.)

Scarlatine. — Contagiosité de la scarlatine, par Brush. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 7 janv.) — Note sur l'épidémie de scarlatine qui a sévi sur le 10e régiment d'infanterie, par Soulay. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — La peptonurie dans la scarlatine, par Arslan Ervant. (*Soc. de biol.*, 4 fev.) — Hydrargyrie de cause externe, éruption scarlatiniforme sur le corps, éruption revêtant à la face l'aspect de l'impetigo larvalis, par Fournier. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 mars.) — Prophylaxie de la scarlatine, par Hershey. (*Med. News*, 22 avril.)

Sens. — Étude expérimentale des stimulations simultanées du sens du toucher, par Krohn. (*Journ. of nerv. dis.*, mars.)

Septicémie. — Des éruptions cutanées dans la septicémie consécutive à la scarlatine et à la diphtérie, par MANNING. (*Brit. med. j.*, 1er avril.)

Spina bifida. — Spina bifida, troubles curieux des fonctions sexuelles, par KUH. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 7 janv.)

Strabisme. — De l'amblyopie dans le strabisme convergent, par LEWILLION. (*Ann. d'ocul.*, janv.) — La théorie du strabisme de Hansen-Grut. (*Ibid.*) — Les opérations modernes de strabisme, par DE WECKER. (*Arch. d'opht.*, janv.) — Traitement du strabisme par le raccourcissement des muscles droits, par LAGLEYZE. (*Ibid.*, nov. 1892.) — Opérations pour le strabisme divergent, 25 cas, par POMEROY. (*N. York med. journ.*, 11 mars.)

Sucre. — Sur la détermination exacte du pouvoir pepto-saccharifiant des organes, par LÉPINE et METROZ. (*Acad. des sc.*, 27 fév.)

Syphilis. — La syphilis est-elle causée par une bactérie? par CURRIER. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Résolutions de la Société médicale de Berlin pour les mesures à prendre contre le développement de la syphilis. (*Berl. klin. Woch.*, 22 août 1892.) — Les familles hérédo-syphilitiques, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 12 janv.) — Les éléments du diagnostic rétrospectif de l'hérédo-syphilis, par FOURNIER. (*La Médecine moderne*, 4 janvier.) — Obs. d'hérédo-syphilis chez un enfant trois mois après la naissance, contagion de la nourrice par un chancre de l'amygdale, procès, par ERAUD. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 mars.) — Le diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 5 janv.) — Contribution à l'étude de l'hérédo-syphilis, par FOURNIER. (*Union médicale*, 28 janvier.) — Le hoquet et la syphilis héréditaire, par CARINI. (*Int. klin. Rundschau*, 1.) — Syphilis familiale, par HUDELO. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 janv.) — Nourrice contagionnée par un nourrisson syphilitique et contagionnant son propre enfant, par FEULARD. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 janv.) — La syphilis acquise de l'enfance, par FOURNIER. (*Tribune méd.*, 16 février.) — Le chancre est-il une cause d'appel des syphilides dans la région qu'il a occupée? par MOREL-LAVALLÉE. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 fév.) — Les cicatrices cutanées de la syphilis, par NEVINS HYDE. (*Journ. of cutan. dis.*, mars.) — Un cas rare de syphilis, par MORISON. (*Ibid.*) — Syphilis congénitale, par HESSLER. (*Ibid.*) — Les syphilides pigmentaires, par TAYLOR. (*N. York med. Journ.*, 18 fév.) — Double chancre syphilitique par morsure du pouce et de l'index, par LEJARS. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 mars.) — Chancre induré de l'index droit, par FAGUET. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 oct. 1892.) — Affections syphilitiques du système nerveux, par BRISTOWE. (*Brit. med. j.*, 14 janv.) — Infiltration gommeuse massive de l'hémisphère cérébral gauche, par KLIPPEL et PACTET. (*Soc. anat. Paris*, janv., p. 29.) — Sur un cas de syphilis cérébrale, par BITOT. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er février.) — Sur la pluralité des lésions de la syphilis médullaire, par GILBERT et LION. (*Soc. de biol.*, 22 avril.) — Sur les lésions de la moelle épinière dans la paraplégie syphilitique, par DEJERINE. (*Ibid.*) — Deux observations pour servir au diagnostic des paraplégies syphilitiques, par GILLES DE LA TOURETTE et HUDELO. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1, p. 1.) — Sur la nature des lésions médullaires dans la paraplégie syphilitique, par SOTTAS. (*Soc. de biol.*, 15 avril.) — Syphilis de la moelle, par SACHS. (*N. York neurol. Soc.*, 4 avril.) — De la syphilis médullaire, principalement au point de vue clinique, par MARIE. (*Semaine méd.*, 25 janv.) — Sur quelques cas d'atrophie musculaire à marche progressive chez des syphilitiques. Relations éven-

tuelles de la syphilis avec l'évolution de la maladie, méningo-myélite vasculaire diffuse constatée à l'autopsie dans un cas, par Raymond. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 février.) — Carie syphilitique des vertèbres cervicales avec pachyméningite syphilitique, ostéo-périostite gommeuse du crâne, périhépatite et gommes du foie, par Darier. (*Soc. anat. Paris*, janv., p. 22.) — Syphilis et paralysie générale, par Fournier. (*Bull. méd.*, 26 avril.) — Syphilis héréditaire, gomme pulmonaire avec péricardite consécutive pendant la vie intra-utérine, par Wanitschke. (*Prager med. Woch.*, 29 mars.) — Fonctions des glandes de la peau, par Beatty. (*Brit. journ. of dermat.*, avril.) — De la localisation de la syphilis dans le cercle ciliaire choroïdien, par Galezowski. (*Soc. franç. de dermat.*, 16 fév.) — Gommes syphilitiques de l'os hyoïde, par Elliot. (*Journ. of cutan. dis.*, janv.) — Syphilis viscérale précoce; hypersplénie syphilitique secondaire, par Besnier. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 janv.) — De l'albuminurie à la période secondaire de la syphilis, par Cliquet. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Lésions syphiloïdes de la bouche et de la langue, par Morel-Lavallée. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 janv.) — Épididymite syphilitique tertiaire, par Rollet. (*Arch. prov. de chir.*, II, 4.) — Trois cas de syphilis du rectum, par Zeissl. (*Wiener med. Presse*, 22 janvier.) — Sur un cas de gomme de la région inguinale, par Gold. (*Wiener med. Presse*, 8 janvier.) — Traitement abortif de la syphilis, par Mauriac. (*Semaine méd.*, 8 fév.) — Recherches sur le traitement prophylactique de la syphilis, par Krowczynski. (*Arch. f. Dermat. Ergänzungshefte.*) — Traitement de la syphilis du système nerveux central, par Kowalewsky. (*Ibid.*) — Traitement de la syphilis par les onctions, sans frictions, de savon mercuriel, par Welander. (*Ibid.*) — Traitement de la syphilis par les onctions mercurielles, par Shaw-Mackenzie. (*Lancet*, 6 mai.) — La médication hypodermique dans la syphilis, par Wolff. (*Philadelphia county med. Soc.*, 8 mars.) — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sels mercuriels, par Du Castel. (*Rev. gén. de clin.*, 3 et 4, p. 39 et 56.) — Sur le traitement de la syphilis par les injections intramusculaires de sublimé à 5 0/0, par Piasecki. (*Bull. de thérap.*, 15 fév.) — Traitement des plaques syphilitiques palmaires, par de Holstein. (*Semaine méd.*, 15 fév.) — Traitement de la syphilis par l'iodhydrargyrate d'iodure de potassium à l'état naissant, par Rambaud. (*Ibid.*)

T

Tabac. — Influence du tabac sur la vue, par Dowling. (*Rev. d'opht.*, octobre 1892.)

Teigne. — De l'action des essences sur le développement des champignons des teignes dans les cultures, par Busquet. (*Soc. de biol.*, 29 avril.) — Pelade décalvante et vitiligo, par Feulard. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 janvier.) — Sycosis et folliculite, par Ehrmann. (*Wiener med. Presse*, 26 février.) — De la teigne tondante, par Brocq. (*Rev. gén. de clin.*, 5, p. 66.) — Recherches sur l'infection par le champignon du favus, par Folly. (*Arch. f. Dermat.*, Ergänzungshefte.) — Traitement de la teigne, par Eddowes. (*Brit. med. j.*, 15 avril.) — Traitement de la pelade par le collodion iodé, par Ferraton. (*Lyon méd.*, 9 avril.) — Traitement de la pelade, par Patein. (*Soc. de thérap.*, 26 mars.) — A propos de la nouvelle méthode de Peroni pour le traitement de la teigne, par Massazza. (*Giorn.*

ital. mal. vener., XXVII, 1.) — Sur la « Nouvelle méthode pratique de traitement du favus », proposée par Peroni, par A. Reale. (*La Riforma medica*, 11 janvier.)

Température. — Sur la physiologie comparée de la thermogénèse, par Dubois. (*Soc. de biol.*, 18 février.) — Sur l'influence comparée de la section de la moelle et de sa destruction par la calorification chez le lapin, par Dubois. (*Ibid.*, 25 février.) — Influence du foie sur le réchauffement automatique de la marmotte, par Dubois. (*Ibid.*, 4 mars.)

Tendon. — Achyllodynie, par Eshner. (*Med. News*, 18 février.) — Remarques sur l'achillodynie, par Rosenthal. (*Wiener med. Presse*, 5 mars.) — Division du tendon d'Achille, ténorraphie, par Thorp. (*N. York med. journ.*, 4 février.) — Technique de la suture des tendons, par Trnka. (*Cent. f. Chir.*, 25 mars.) — De l'extirpation dans les synovites à grains riziformes, par Mulliez. (*Thèse de Paris*, 3 mai.) — Ténotomie par la méthode ancienne, par Treves. (*Americ. j. of med. sc.*, janvier.)

Ténia. — Bothriocéphale et ténia sagitata chez le même malade, par Drivon. (*Lyon méd.*, 26 mars.)

Testicule. — Circulation artérielle du testicule, par Arrou. (*Thèse de Paris*, 15 février.) — Note sur la fausse orchite, du phlegmon simple et profond des bourses, par Brault. (*Lyon méd.*, 2 avril.) — Tératome du scrotum, par Reclus. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Kystes de l'épididyme et du cordon, par Tillaux. (*La Médecine moderne*, 1er février.) — Ectopie testiculaire : kyste de l'épididyme; hématocèle, par Barret de Mazaris. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 février.) — Résultats éloignés d'une orchidopexie pour ectopie abdominale du testicule, par Guelliot. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Suite de la discussion sur l'orchidopexie. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, 1, p. 36.) — Cancer du testicule, par Hue et Auger. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Préparation de la liqueur testiculaire, par Jacquet. (*Lyon méd.*, 8 janvier.) — Quelques règles relatives à l'emploi du tissu testiculaire, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Soc. de biol.*, 14 janvier.) — Sur une action spéciale des injections sous-cutanées de liquide orchitique, par Héricourt. (*Ibid.*, 29 avril.) — Remarques sur l'innocuité du liquide testiculaire, par Brown-Séquard. (*Ibid.*, 18 mars.) — Influence dynamogénique puissante du liquide testiculaire chez deux singes paralysés, par Vitzou. (*Ibid.*, 15 avril.) — Sur les conclusions physiologiques et cliniques qui ressortent de certaines expériences dans lesquelles l'ataxie locomotrice ou la paralysie dues à des lésions de la moelle ont été guéries et améliorées par les injections de liquide testiculaire, par Brown-Séquard. (*Ibid.*, 15 avril.) — Effets physiologiques et thérapeutiques d'un liquide extrait de la glande sexuelle mâle, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Acad. des Sc.*, 24 avril.) — De certains extraits organiques, leur préparation, leurs effets physiologiques et thérapeutiques, par Hammond. (*N. York med. journ.*, 28 janvier.) — Quelques observations de malades traités par les injections de Brown-Séquard, résultats immédiats, par Porte. (*Thèse de Lyon.*) — Nouvelles applications de la méthode de Brown-Séquard, par Comby. (*Progrès médical*, 7 janvier.)

Tétanie. — Tétanie comme suite de l'éclampsie puerpérale, par Wheaton. (*Lancet*, 21 janvier.)

Tétanos. — Sur le rythme musculaire dans le tétanos strychnique, par

Delsaux. (*Arch. de biol.*, XII, 4.) — 2 cas de tétanos, remarques sur l'étiologie et les méthodes modernes de traitement, par Wilkinson. (*Sheffield med. j.*, avril.) — Pathogénie des contractures du tétanos, par Courmont et Doyon. (*Lyon méd.*, 29 janvier, et *Province méd.*, 28 janvier.) — La substance toxique qui engendre le tétanos résulte de l'action sur l'organisme récepteur d'un ferment soluble fabriqué par le bacille de Nicolaier, par Courmont et Doyon. (*Soc. de biol.*, 11 mars, et *Acad. des Sc.*, 13 mars.) — Du tétanos, étude expérimentale, clinique et thérapeutique, par Teissier. (*Semaine méd*, 25 mars.) — Accidents tétaniques d'origine infectieuse chez la grenouille, par Gley et Lapicque. (*Soc. de biol.*, 28 janv.) — Contribution à l'étude du tétanos, par Roux et Vaillard. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 2.) — Tétanos des nouveau-nés, par Gilford. (*Lancet*, 11 février.) — Tétanos et endocardite ; mort le 8e jour, par Dartigolles. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 février.) — Deux cas de tétanos humain et un cas de tétanos équin en 2 mois dans le même établissement, par Famechon. (*Arch. de méd. milit.* février.) — Deux cas de tétanos, mort par hémorragie pulmonaire et guérison, par Geschwind. (*Ibid.*, avril.) — Obs. de tétanos traité par l'amputation, par Ferraton. (*Ibid.*, avril.) — Note sur le traitement du tétanos, par Vaillard. (*Ibid.*) — Un cas de guérison de tétanos par amputation du doigt blessé, par Cerné. (*Normandie méd.*, 15 mars.) — Du traitement du tétanos particulièrement par la méthode de Tizzoni, par Galmard. (*Thèse de Paris*, 20 avril.) — La séro-thérapie et le traitement du tétanos, par Chouppe. (*Bull. méd.*, 26 mars.) — Trois cas de tétanos traumatique, observés simultanément à Monastir (Tunisie), contribution à l'étude du traitement par la méthode de Baccelli. (*Riforma medica*, 4 janvier.)

Thérapeutique. — Guide de thérapeutique générale et spéciale, par Auvard, Brocq, Chaput, Delpeuch, Desnos, Lubet-Barbon, Trousseau. (In-8°, *Paris.*) — Thérapeutique appliquée, consultations médicales sur quelques maladies fréquentes, par Grasset. (In-8°, *Montpellier.*) — L'art de formuler des méthodes dermiques, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thérap.*, 15 février.) — Intolérance médicamenteuse, par Robertson. (*Edinb. med. j.*, janvier.) — La valeur des médicaments, par Wilks. (*Practitioner*, janvier.) — De l'action de quelques médicaments sur la tension artérielle, par Lauzeval. (*Thèse de Paris*, 8 mars.) — Des avantages de la voie rectale pour l'absorption de certains médicaments, par Lépine. (*Semaine méd.*, 12 avril.) — Effets sur le nourrisson des purgatifs administrés à la mère, par Gow. (*Pratictioner*, mars.) — De la médication alcaline intensive, par Huchard. (*Soc. de thérap.*, 11 janvier.) — Des effets hypnotiques et sédatifs de l'hyoscine, par Vergez-Honta. (*Thèse de Paris*, 20 avril.) — Sur l'emploi de l'hydrastis-canadaensis, par Lefèvre. (*Thèse de Paris*, 13 mai.) — Les causes d'insuccès de la digitale, par Huchard. (*Bull. méd.*, 30 avril.) — De la digitale et plus particulièrement de sa durée d'action, par Pech. (*Thèse de Lyon.*) — La chimie et la thérapeutique du protoxyde d'azote, par Buchanan. (*Med. News*, 15 avril.) — Toxicité et emploi thérapeutique du fluorure de sodium, par Blaizot. (*Soc. de biol.*, 18 mars.) — De l'exalgine en thérapeutique, par Younger. (*Lancet*, 8 avril.) — De l'administration de l'acide phénique, par Wiglesworth. (*Brit. med. j.*, 18 février.) — De l'emploi thérapeutique du salophène, par Koch. (*Inaug. Diss. Fribourg en Brisgau.*) — La physiologie expérimentale appliquée à la thérapeutique, étude d'un produit tiré de l'essence d'eucalyptus, bichlorhydrate d'eucalyptène, par Lully. (*Thèse de Paris*, 2 mars.) — De mes essais thérapeutiques avec l'europhène, par Eichhoff. (*Therap. Monats.*, janv.)— De l'emploi de l'europhène dans les maladies vénériennes, par Kopp.

(*Therap. Monats.*, mars.) — Sur quelques effets physiologiques de l'eau oxygénée, par GRASSET. (*Soc. de biol.*, 28 janvier.)

Thorax. — Des abcès des parois thoraciques à forme pseudo-pleurétique, par AUCLERT. (*Thèse de Lyon.*) — Du cancer secondaire des côtes, par DE PAULO. (*Thèse de Paris*, 9 février.)

Thrombose. — Rapports de la thrombose pulmonaire et des infarctus, par PITT. (*London path. Soc.*, 31 janvier.)

Thymus. — De la mort chez les enfants par hypertrophie du thymus, par MUSSY. (*La Médecine moderne,* 21 janvier.)

Thyroïde. — Glandes et glandules thyroïdes chez le chien, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 25 février.) — Idem, par GLEY et PHISALIX. (*Ibid.*) — Sur les organes thyroïdiens des rongeurs, par CRISTIANI. (*Ibid.*, 7 janvier.) — Sur la fonction thyroïdienne, par MOUSSU; idem, par GLEY. (*Ibid.*, 11 mars.) — — Sur quelques altérations de divers organes chez les chiens thyroïdectomisés, par HASKOVEC. (*Ibid.*, 25 mars.) — Sur la fonction thyroïdienne, par MOUSSU. (*Ibid.*, 15 avril.) — Nouvelle preuve de l'importance fonctionnelle des glandules thyroïdes, par GLEY. (*Ibid.*) — Les fonctions de la glande thyroïde, un cas de greffe, par GIBSON. (*Brit. med. j.*, 14 janvier.) De la glycosurie alimentaire dans la maladie de Basedow, par CHVOSTEK. (*Wiener klin. Wochenschr.*, 17, 1892.) — Du larmoiement dans le goitre exophtalmique, par E. BERGER. (*Bull. méd.*, 15 mars.) — De la guérison du goitre charnu par la luxation et l'exposition, thyroïdectesis ou exothyropexie, procédé de Jaboulay, par GÉRARD. (*Thèse de Lyon.*) — Résultats de 32 extirpations et énucléations de goitres, par J. BŒCKEL. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 5 avril.)

Torticolis. — Du torticolis sterno-mastoïdien, par ANDERSON. (*Lancet* 7 janvier.) — Torticolis et hématome congénital du sterno-mastoïdien, par MOULLIN. (*Brit. med. j.*, 25 février.) — Du torticolis, par TILLAUX. (*La Médecine moderne*, 11 février.) — Relation du torticolis avec l'hématome congénital du sterno-mastoïdien, par d'ARCY POWER. (*Royal med. and chir. Soc.*, 24 janvier.)

Trachée. — Microorganismes dans la trachéo-bronchite simple, par QUEYRAT. (*Soc. de biol.*, 25 février.) — 82 trachéotomies et 84 tubages, étude statistique, par EGIDI. (*Boll. mal. dell'orecchio*, XI, 3.) — Trachéotomie chez un enfant de 3 jours, par CULLINGWORTH. (*Lancet*, 28 janvier.)

Transfusion. — De la transfusion hypodermique, par LUTON. (*Gaz. des hôp.*, 2 février.)

Tremblement. — Du tremblement essentiel héréditaire et de ses rapports avec la dégénérescence mentale, par HAMAIDE. (*Thèse de Paris*, 9 février.)

Trépanation. — Trépanation et épilepsie jacksonienne, par VERCHÈRE. (*Rev. de chir.*, mars.)

Tuberculose. — Sur la tuberculose du chien, par CADIOT. (*Soc. de biol.*, 25 mars.) — Vaccination du singe contre la tuberculose, par HÉRICOURT et RICHET. (*Ibid.*, 4 mars.) — Deux expériences sur la tuberculose expérimentale chez le chien, par HÉRICOURT et RICHET. (*Ibid.*, 15 avril.) — De la

tuberculose aviaire chez le lapin, par Kostenitsch et Wolkow. (*Arch. de méd. expér.*, V, 2.) — Longue durée de la virulence des crachats des phtisiques, par Ducor. (*Bull. Acad. de méd.* et *Bulletin méd.*, 29 mars.) — Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge, polyadénite généralisée primitive, par Lesage et Pascal. (*Arch. de méd.*, mars.) — — Symptômes et diagnostic différentiel de la tuberculose aiguë à forme de fièvre typhoïde, par Hussareff. (*Thèse de Paris*, 23 février.) — Étude sur la poussée d'invasion et sur le diagnostic précoce de la tuberculose, par Arthaud. (*Ann. policlin. Paris*, novembre 1892.) — Étude comparative et pathogénie des différentes formes de tuberculose cutanée, par Hallopeau. (*Union médicale,* 14 février.) — Tuberculose latente et infections tuberculeuses secondaires, par Kelsch. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd*, 8 fév.) — Quelques réflexions sur la pathogénie des affections tuberculeuses d'après des observations cliniques et anatomo-pathologiques, par Kelsch. (*Gaz. hebd. Paris*, 25 février.) — Sur le murmure sous-claviculaire chez les tuberculeux, par Moncorgé. (*Lyon méd.*, 23 avril.) — Cas de phtisie fibreuse avec déplacement du cœur, par James. (*Edinb. med. j.*, janvier.) —La ligue préventive contre la tuberculose, par Armaingaud.(*Rev. scientif.*, 14 janvier.) — Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire, par Caravius. (*Bull. acad méd.* et *Bulletin méd.*, 15 mars.) — Traitement médicamenteux de la phtisie pulmonaire, par Boulay. (*Gaz. des hôp.*, 11 mars.) Importance d'un diagnostic précis et traitement de la tuberculose pulmonaire, par Solly. (*Med. News*, 4 février.) — Inhalations d'air iodo-térébenthiné dans la tuberculose, par Cadier et Jolly. (*Soc. de méd. et chir. prat.*, 16 février.) — Injections d'iodoforme dans la tuberculose locale, par Woolsey. (*N. York med. journ.*, 25 février.) — L'emploi de l'or et du manganèse dans la tuberculose, par Merrill. (*Med. News*, 8 avril.) — Saignée dans certaines formes hémorragiques de phtisie, par Huggard. (*Brit. med. j.*, 28 janvier.) — Quelques expériences avec la tuberculine modifiée, par Eichberg. (*Med. News*, 28 janvier.) — Du traitement opératoire de la tuberculose et en particulier de l'ignipuncture, par E. Micheli. (*Riforma medica*, 5 janvier.) — Du traitement des tuberculoses chirurgicales, par le naphtol camphré, par Gaudemard. (*Thèse de Bordeaux.*)

Tumeur. — Possibilité de la dégénérescence des tumeurs bénignes en tumeurs malignes, par Balloch. (*Med. News*, 7 janvier.)

Typhoïde. — Fièvre typhoïde expérimentale, par Aviragnet. (*Bull. méd.*, 15 janvier.) — Essai d'interprétation pathogénique de la fièvre typhoïde observée dans le nord de la Tunisie, par Loison, Simonin et Arnaud. (*Rev. de méd.*, avril.) — Histoire de la fièvre typhoïde à Chaumont, par Decornet. (*Thèse de Paris,* 10 mai.) — La fréquence de la fièvre typhoïde dans les garnisons d'Egypte, par Mackie. (*Lancet*, 28 janvier.) — De l'origine hydrique de la fièvre typhoïde, fièvre typhoïde et eau de Seine, dans les prisons de Paris, par Radiguet. (*Thèse de Paris*, 5 janvier.) — Eaux et fièvre typhoïde, par Lortet. (*Lyon méd.*, 12 mars.) — Étude sur la fièvre typhoïde, revue générale, par Rœther. (*Schmidt's Jahrbücher*, 2.) — Sur le rôle des associations microbiennes dans la fièvre typhoïde, par Vincent. (*Mercredi méd.*, 18 janvier.) — Sur la fièvre typhoïde avec tracés de température, par Denver. (*Boston med. Journal*, 19 janvier.) — Sur un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë combinée, par Kiener et Villars. (*Soc. de biol.*, 7 janvier.) — Des rapports de la fièvre typhoïde et de la tuberculose, par Heuschert. (*Thèse de Berlin,* 1892.) — Obs. de fièvre typhoïde apyrétique, par Dreschfeld. (*Practitioner*, avril.) — Quelques anomalies dans les manifestations cliniques de la fièvre typhoïde et de la

pneumonie, par MACDOUGALL. (*Lancet*, 15 avril.) — De la fièvre typhoïde pendant la grossesse et de son traitement par les bains froids, par DUHAUT. (*Thèse de Lyon.*) — Érythème dans la fièvre typhoïde, par FISHER. (*Brit. med. j.*, 15 avril.) — Ulcération typhique de la bouche étendue à la joue, ankylose des mâchoires, guérison, par COUSINS. (*Ibid.*, 8 avril.) — Fièvre typhoïde avec rougeole intermittente, par MOREAUD. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — De la démence aiguë avec polynévrite consécutive à la fièvre typhoïde, par HŒVEL. (*Wiener Jahrb. f. Psych.*, 1892, n° 3, p. 333.) — L'exagération du dicrotisme comme signe pronostique de l'hémorragie intestinale dans la fièvre typhoïde, par CHRÉTIEN. (*Soc. de biol.*, 7 janvier.) — Les hémorragies intestinales sont-elles une contre-indication des bains froids dans la fièvre typhoïde, par LAPORTE. (*Thèse de Paris.*, 12 janv.) — — Essai de sérothérapie appliquée à la fièvre typhoïde, par CHANTEMESSE et WIDAL. (*Soc. méd. des hôp.*, 27 janvier.) — Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide phénique, par SLOAN. (*Brit. med. j.*, 25 mars.) — Notes sur la pathologie et le traitement de la fièvre typhoïde, par LATHAM. (*Lancet*, 4 mars.)

Typhus. — De la présence d'un microorganisme dans le sang, les crachats et les urines des malades atteints de typhus exanthématique, par CALMETTE. (*Ann. de microg.*, février.) — Sur les microorganismes qu'on rencontre dans la rate et le cerveau des malades morts de typhus exanthématique, par CURTIS et COMBEMALE. (*Soc. de biol.*, 22 avril.) — Le microbe du typhus exanthématique, par GOUGET. (*Semaine méd.*, 22 avril.)

U

Urémie. — Des paralysies localisées chez les urémiques, par ADDA. (*Thèse de Bordeaux.*) — Aphasie et paralysie dans le coma urémique, par BRUNET. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 mars.) — Des accidents nerveux de l'urémie et de leurs indications thérapeutiques, par FERRAND. (*Semaine méd.*, 5 avril.) Urémie dyspnéique à forme suffocante, par JACCOUD. (*Bull. méd.*, 15 fév.) L'urémie dispnéique et son traitement, par JACCOUD. (*Gaz. des hôpit.*, 25 avril.)

Urètre. — Urétrites chez les vélocipédistes, par MILLÉE. (*Soc. de méd. et de chir. prat.*, 16 fév.) — Nouvel instrument pour le traitement de l'urétrite, par WILLIAMS. (*Med. news.*, 7 janv.) — Fistule urétro-rectale traumatique, par LEGUEU. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — Traité des rétrécissements de l'urètre, par HAMONIC. (In-8° 632 p., Paris.) — Des rétrécissements urétraux cicatriciels basés sur les faits fournis par l'électrolyse linéaire, par FORT. (*Gaz. des hôp.*, 11 mars.) — Un cas d'urétrorragie spontanée consécutive au rétrécissement blennorragique, par JACQUES. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, janvier.) — Dégénérescence fibroïde du gland ; rétrécissement infranchissable de la portion spongieuse de l'urètre, urétrotomie interne pratiquée d'arrière en avant, guérison, par DOUART. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Rétrécissement infranchissable de l'urètre chez la femme, urétrotomie-interne, guérison, par LOUMEAU. (*Ann. policlin. Bordeaux*, avril 1892.) — Traitement du rétrécissement de l'urètre, par SOUTHAM. (*Brit. med. j.*, 1er avril.) — Modification de l'urétrotomie externe périnéale, par FLUHRER. (*N. York med. journ.*, 21 janv.) — Urétrotomie interne, résul-

tats de 36 opérations, par Ricketts. (*N. York med. journ.*, 4 mars.) — De l'urétrotomie externe d'emblée comme traitement unique des lesions traumatiques de l'urètre périnéal, par Fabre. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — Quelques indications relatives à l'urétrotomie externe, par Munro. (*Boston med. journal*. 2 mars.) — De la suppression de la sonde après l'urétrotomie interne, par Loumeau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 mars.) — Polypes fibreux de la portion prostatique de l'urètre, par Bryant. (*Royal med. and. chir. soc.*, 14 mars.) — Volumineux calcul de l'urètre, par Loumeau et Darlan. (*Journ. méd. Bordeaux,* 2 avril.)

Urinaires (voies). — Restauration de la fonction de la miction, par Harrisson. (*Brit. med. j.*, 11 mars.) — Du bactérium coli dans l'infection urinaire, par Renault. (*Thèse de Paris*, 9 février.) — Du bacterium coli dans l'infection urinaire, par Hallé. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Lithiase urinaire artificielle, par Tuffier. (*Soc. anat. Paris*, 13 janvier.) Sonde à demeure et infection urinaire, par Legueu. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, janv.) — Incontinence nocturne d'urine et phimosis, par Loumeau. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er janvier.) — Incontinence essentielle d'urine ; guérison rapide par l'électricité, par Liaras. (*Ibid.*, 1er mars.) — Considérations sur l'incontinence nocture d'urine, observée chez les jeunes soldats, et sur une de ses variétés de cause psychique par Choux. (*Arch. gén. de méd.*, janv.) — De la rétention d'urine chez les opérés, par Guépin. (*Gaz. des hôp.,* 18 mars.) — Rétention d'urine causée par une injection d'eau blanche, par Liaras (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er mars.)

Urine. — Sur l'analyse de l'urine, par Foshay. (*Med. news*, 25 fév.) — Méthode clinique simplifiée d'analyse d'urine pour fixer les degrés d'auto-intoxication et l'énergie des processus d'oxydation intra organiques, par Poehl. (*Soc. de biol.*, 18 fév.) — Sur le passage des graisses dans l'urine, par Chabrié. (*Soc. de biol.*, 14 janv., et *Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — Sur la soi-disant formule urinaire de l'hystérie, par Royer. (*Soc. de biol.*, 7 janv.) — De la réaction de l'urine dans l'hypocondrie, par Guichard. (*Thèse de Lyon.*) — Sur les urines bilharziennes, par Moty. (*Soc. de biol.*, 21 janv.) — Recherches des leucomaïnes dans l'urine. par Carles. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 mars.) — Albumose dans l'urine, par Fisher. (*Med. news.*, 25 fév.) — Analyse d'une urine albumineuse ne renfermant pas de sulfates solubles, par Vaudin. (*Soc. de biol.*, 4 mars.) — Quelques recherches sur l'acide phosphorique, la chaux et la magnésie de l'urine, par Guyod. (*Thèse de Lyon.*) — L'absence de sucre dans l'urine normale, par Johnson. (*Royal med. and chir. soc.*, 14 fév.) — Le dosage du sucre dans l'urine par l'acide picrique, par Johnson. (*Brit. med. j.*, 11 mars.) — Valeur comparée des procédés de recherche du sucre dans l'urine, par Beane. (*N. York med. journ.*, 7 janv.) — Sur les causes d'erreurs dans la recherche polarimérique du sucre dans l'urine après traitement par le benzosol, par Jolles. (*Wiener med. Presse,* 26 fév.) — La cause de la diazoréaction d'Ehrlich, sa valeur diagnostique, par Munson et Oertel. (*N. York med. journ.*, 4 fév.) — Les filaments cylindroïdes ou muqueux dans l'urine, par Manges. (*N. York med. journ.*, 18 fev.) — Dosage rapide de l'azote organique et spécialement de l'azote total de l'urine, par Petit et Monfet. (*Journ. de pharm.*, 15 mars.) — De l'appareil à centrifuger l'urine et sur quelques nouvelles méthodes d'analyse de l'urine, par Jolles. (*Wiener med Presse*, 8 janvier.) — Valeur de l'appareil centrifuge au point de vue du diagnostic, par Sondern. (*N. York med. journ.*, 25 fev.)

Urticaire. — Un cas d'urticaire factice, par Thompson. (*Lancet,* 2. avril.)

Utérus. — Des rapports de l'utérus avec l'intestin au point de vue clinique, par BUDIN. (*Semaine méd.*, 29 mars.) — Utérus bicorne, grossesse répétée dans la corne gauche, par KLEINWÄCHTER. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVI, 1.) — Le rôle des pessaires dans le traitement des déplacements en arrière de l'utérus, par STARK. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — Du prolapsus utérin par MONTGOMERY. (*Med. news*, 25 fév.) — Traitement du prolapsus utérin, par GELPKE. (*Corr. bl. f. schw. Aerzte*, 15 août 1892.) — Du traitement de la rétroversion utérine, par STRONG. (*Boston med. journal*, 26 janv.) — Des retro-déviations utérines, par JACOBS (*La policlinique Bruxelles*, 15 février.) — De l'intervention chirurgicale dans les retro-déviations de l'utérus, par WARDE. (*Thèse de Paris*, 3 mai.) — Sur la nature microbienne du catarrhe utérin, par TERRIER. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 125.) — De l'endométrite cervicale glandulaire et de son traitement chirurgical, par BOURLY. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 112, et *Semaine méd.*, 22 fév.) — Traitement de l'endométrite chronique par le curetage et le drainage. Tableau synoptique de 32 cas, par BURRAGE. (*Boston med. journal*, 23 mars.) —Traitement des hémorragies utérines par l'électrolyse cuprique intra-utérine, par DELINEAU. (*Cong. gynéc. Bruxelles*, et *Bulletin méd.*, 25 septembre 1892.) — De l'hématocèle post-opératoire, par DE LA NIEU. (*Thèse de Paris*, 27 avril.) — Hernie inguinale de la trompe, salpingite correspondante, kélotomie, ablation de la trompe et de l'ovaire, par GUINARD, (*Soc. anat. Paris* 20 janv.) — Salpingo-ovarite double suppurée à pneumocoque, par MORAX. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — De l'hématosalpinx, par CAMELOT. (*Journ. de méd. Lille*, déc. 1892, et *Arch. de tocol.*, mars.) — Un cas de tuberculose des annexes utérins, par SACHS. (*Cent. f. Gynaek.* 25 mars.) — De la salpingite tuberculeuse, par RICHE. (*Gaz des hôp.*, 6 mai.) — Suppuration de l'utérus, par AUCLAIR. (*Bull. soc. anat. Paris*, janv., p. 88.) — Forme rare de pyosalpinx double, par BUTLER-SMYTHE. (*Lancet*, 14 janv.) — Du traitement des métrites par le chlorure de zinc en solution, par CARBONEL. (*Thèse de Bordeaux.*) — Un nouveau mode de traitement des inflammations pelviennes. Transfusions hypodermiques répétées de serum artificiel, par CHÉRON. (*Cong. gynéc. Bruxelles*, et *Bulletin méd.*, 21 septembre 1892.) — Extirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpinx, par GOULLIOUD. (*Lyon méd.*, 29 janv.) — Hystérectomie cinq jours après l'accouchement pour métrite puerperale, par GOLDSBOROUGH. (*N. York med. journ.*, 18 fév.) — De l'hysterectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines, par LAFOURCADE. (*Thèse de Paris*, 13 avril.) — Choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus, par CAMESCASSE. (*Thèse de Paris*, 22 fév.) — Cataphorèse antiseptique dans le traitement des maladies de l'utérus et des annexes, par BRIGGS. (*Med. news*, 21 janv.) — Technique du tamponnement utérin, par KEHRER. (*Cent. f. Gynaek.*, 6 mai.) — Nouvelle opération applicable à la sténose congénitale du col de l'utérus, par POZZI. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 93.) — Dilatation du col utérin, par STAFFORD. (*N. York med. journ.* 4 mars.) — Traitement de la sténose cervicale par la discision bilatérale, par PICHEVIN. (*Bull. méd.*, 22 fev.) — Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale, par MALAPERT. (*Thèse de Paris*, 28 avril.) — Nouvelle méthode d'extirpation totale de l'utérus, par HERZFELD. (*Cent. f. Gynaek.* 14 janv.) — Methode nouvelle et rapide d'hystérectomie, par LANPHEAR. (*Annals of surg.*, XVII, 3.) — Moyen pratique de fixation du tube dans le drainage utérin, par SCHOULL. (*Gaz. des hôp.*, 10 janv.) — Un autofixateur utérin, par von ENGEL. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 janv.) — La terminaison d'un traitement pratique, par SPENCER WELLS. (*Brit. med. j.*, 25 fév.) — Fibro-myome pédiculé du ligament large, par BINAUD. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 mars.) — Sur le diagnostic différentiel entre les fibromes

utérins kystiques excentriques et les kystes de l'ovaire, par J. Cauquil. (*N. Montpellier méd.*, 2, p. 37.) — Fibrome sous-péritonéal volumineux de l'utérus à développement rapide, pris pour un kyste ovarique avec masses solides, laparotomie, par Lassale. (*Arch. de tocol.*, mars.) — Polype fibreux utérin, expulsion spontanée, par Decornière. (*Bull. soc. de chir.*, p. 127.) — Tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, par Anger. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 123.) — De l'hydrorrée dans les fibromes utérins, par Nègre. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'hydrorrée dans les fibromes utérins, par Dufilh. (*Thèse de Bordeaux.*) — Pathogénie de l'hydrorrée des fibro-myomes utérins, par Pépin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 février.)— Altération anatomique des myomes utérins pendant la grossesse, par Cornil. (*Bull. acad. méd.*, 7 février.) — Le traitement des fibromyomes utérins, par Thornton. (*Brit. med. j.*, 11 fév. — Ligature vaginale d'une portion des ligaments larges pour tumeurs utérines ou hémorragie, par Martin. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — Myomectomie vaginale par morcellement, par Murphy. (*Brit. med. j.*, 11 février.) — Hystérectomie complète pour un second cas de grossesse compliquée de tumeur fibreuse au 10e mois, par Ross. (*Americ. j. of obst.*, mars. — Hystérectomie sus-vaginale pour l'ablation d'une tumeur fibro-kystique sous péritonéale, par Hinkson. (*N. York med. journ.*, 4 mars.) — Hystérectomie abdomino-vaginale et hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes utérins, par Gross. (*Semaine méd.*, 25 fév.) — Traitement du pédicule intra-péritonéal dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes utérins, par Guilleminot. (*Thèse de Paris*, 15 mars.) — Rupture complète de l'utérus pendant le travail, par Bovée. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — Rupture de l'utérus compliquée de fistule recto-vaginale, par Braun von Ferwald. (*Cent. f. Gynaek.*, 1er avril.) — Contribution à l'étiologie de la rupture de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement, par A. Blind. (*Thèse Strasbourg*, 1892.) — Anatomie pathologique et histogenèse du cancer utérin, par Pfannenstiel. (*Cent. f. Gynaek.*, 6 mai.) — Sarcome déciduo-cellulaire consécutif à un myxome du chorion, par Löhlein. (*Cent. f. Gynaek.*, 8 avril.) — Du sarcome utérin déciduo-cellulaire et des autres tumeurs déciduales, par Saenger. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIV, 1.) — Sarcome kystique de la muqueuse utérine, par Hartmann. (*Soc. anat. Paris*, 13 janv.) — Sarcome de l'utérus avant la puberté par Smith. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — Epithélioma primitif de la trompe, par Routier. (*Ann. de gynécol.*, janv.) — Des accidents du cancer de l'utérus et leurs indications thérapeutiques et opératoires, par Gauthier. (*Thèse de Paris*, 22 mars.) — Colpo-hystérectomie pour tumeur maligne, par Dixon Jones. (*Americ. j. of obst.*, avril.)

V

Vaccin. — Vaccination accidentelle sur la lèvre supérieure simulant un chancre, par Cadell. (*Brit. med. j.*, 18 mars.) — Immunité et réceptivité vaccinales, par Hervieux. (*Bull. Acad. méd.*, 28 mars.) — De la vaccine et de la fausse vaccine, par Hervieux. (*Ibid.*, 4 avril.) — L'immunisation des lapins contre le streptocoque et traitement de la septicémie streptococcique par le sérum du sang des animaux immunisés, par Mironoff. (*Soc. de biol.*, 15 avril.)

Vagin. — Absence du vagin, imperméabilité et peut-être absence du col de

l'utérus; création d'un vagin et d'un orifice utérin artificiels, par Azéma. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — Cancer du vagin comme métastase par inoculation de cancer du corps utérin, par Lebensbaum. (*Cent. f. Gynaek.*, 11 fév.) — Extirpation totale du vagin pour cancer, par Fenger. (*Americ. j. of obst.*, fév.)

Varice. — De la cure radicale du varicocèle par la résection bilatérale du scrotum, par Bonnet. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Traitement du varicocèle, par Reclus. (*Gaz. hebd. Paris*, 25 mars.) — Varices internes comme cause de la sciatique, par Mesnard. (*Ann. policlin. Bordeaux*, oct. 1892.) — Du traitement des varices des membres inférieurs et de leurs complications par la compression; supériorité de la compression par la bande élastique, par Traonouez. (*Thèse de Bordeaux.*)

Varicelle.—Sur l'incubation de la varicelle, par Gouget. (*Rev. mal. de l'enf.*, mars.)

Variole. — La prophylaxie et l'atténuation de la variole, par Eade. (*Brit. med. j.*, 29 avril.) — Diagnostic de la variole au début, par Savill. (*Ibid.*) — Complications péritonéales de la variole, par Auché. (*Soc. de biol.*, 21 janv.) — Cocaïne dans le traitement de la variole et de la varioloïde, par Pepper. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.)

Veine. — Recherches anatomiques sur la veine porte et particulièrement sur les anastomoses avec le système veineux général, par Mariau. (*Thèse de Lyon.*) — Phlébite traumatique de la jambe droite, œdème réflexe de la jambe gauche, par Vaquez. (*Soc. de biol.*, 11 fév.) — Thrombose de la veine cave inférieure, par Smith. (*Brit. med. j.*, 7 janv.) — Un cas de ligature de la veine fémorale, par Bergmann. (*Cent. f. Chir.*, 29 avril.) — Extirpation d'un mélanosarcome de l'aine avec une partie de la veine fémorale, par Hamilton. (*N. York med. journ.*, 1er avril.)

Vessie. — Atlas de cystoscopie électrique, par Burckhardt et Fenwick. (In-8° 34 pl., *Londres.*) — La cystophotographie, par Nitze. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — Indication et manuel opératoire de la taille hypogastrique transversale, par Albarran. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — Cas de fermentation lactique dans la vessie, par Roberts. (*Lancet*, 25 fév.) — Étiologie, prophylaxie et traitement de la cystite, par Barlow. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 3.) — Des cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parois, par Reymond. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — Pathogénie des cystites chez la femme, par Tournier. (*Rev. gén. de clin.*, 7, p. 100.) — Tentative d'avortement. Injection d'une solution saturée de sel gris dans la vessie. Gangrène et expulsion totale de la muqueuse et d'une partie de la couche musculaire. Néphrite consécutive, par Bégouin. (*Arch. clin. Bordeaux*, octobre 1892.) — De la cystite exfoliante en dehors de la rétroversion de l'utérus gravide et de l'accouchement laborieux, par Pépin. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — Traitement local de certaines formes de la tuberculose vésicale et prostatique, par E. Desnos. (*La Médecine moderne*, 28 janvier.) — Colpocystotomie pour la cystite chronique chez la femme, par Halliday Croom. (*Practitioner*, fév.) — Action des médicaments sur la vessie et les organes génitaux, par Lauder Brunton. (*Practitioner*, fév.) — Cystocèle crurale, par Schoonen. (*Rev. de chir.*, avril.) — Tumeurs de la vessie, par Wallace. (*Edinb. med. journ.*, fév.) — Papillomes multiples de la vessie diagnostiqués au moyen du cystoscope de Leiter, par Lewandowski. (*Wiener med. Presse*, 5 février.)

— Épithéliome de la paroi postérieure de la vessie, néphrite ascendante consécutive, taille hypogastrique, rupture de la paroi néoplasiée au moment de la distension vésicale par l'injection boriquée, mort par péritonite suraiguë, par PERRIGAUX. (*Arch. gén. de méd*, janv.) — Note sur un cas de symphyséotomie chez l'homme, pour tumeur de la vessie, par ALBARRAN. (*Mercredi méd.*, 25 janvier.) — Traitement des tumeurs de la vessie, par BAZY. (*Bull. Acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 15 février.) — Méthodes et résultats du traitement des néoplasmes et calculs vésicaux, par WHITE et WOOD. (*Americ. j. of med. sc.*, fév.) — Calculs intermittents de la vessie, obscurités de diagnostic, taille périnéale, guérison, par LOUMEAU. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 oct. 1892.) — Sur la lithotritie périnéale et le traitement des calculs vésicaux dans le cas de rétrécissement de l'urètre, par BAZY. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 95.) — Indications de la taille sus-pubienne dans les tumeurs, calculs vésicaux, rétention prostatique et cystite, par SOUTHAM. (*Lancet*, 18 mars.) — Incision transversale dans la taille sus-pubienne, par PARKER. (*London clin. Soc.*, 27 janv.) — Cystostomie sus-pubienne, guérison, par FORT. (*Gaz. des hôp.*, 12 janv.) — Lithotritie à sec chez un vieux prostatique à vessie irritable, par LOUMEAU. (*Ann. poliel. Bordeaux*, 1er janvier.) — Du tamponnement de la vessie après la taille hypogastrique, par DESNOS. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, janv.) — Du tamponnement de la vessie et des pinces à demeure après la taille hypogastrique, par BAZY. (*Ibid.*, mars.) — De la suture totale du col de la vessie, par SOREL. (*Thèse de Paris*, 2 fév.) — Sept cas de rupture de la vessie, notes sur le diagnostic, par HERRICK. (*Med. News*, 25 fév.)

Vomissement. — Vomissements incoercibles à la troisième période dans le cours d'une huitième grossesse, par MOUCHET, rapport de CHARPENTIER. (*Bull. Acad. de méd.*, 20 déc. 1892.) — Vomissements incoercibles au deuxième mois d'une grossesse compliquée de pleurésie légère, guéris par une cautérisation du col au thermocautère, par LECLER. (*Gaz. des hop.*, 2 mars.) — Cas mortel de vomissements dans la grossesse, par OLIVER. (*Lancet*, 25 fév.) — Koumys contre les vomissements rebelles, par GORDON SHARP. (*Brit. med. j.*, 25 fev.) — Note sur l'avortement effectué par le curettage dans les vomissements incoercibles de la grossesse, par BLANC. (*Loire médicale*, 15 mars.)

X

Xanthome. — Xanthome tuberculeux, nouveau mode de traitement, par MORROW. (*Journ. of cutan. dis.*, janv.)

Z

Zona. — 2 cas rares de zona ophtalmique, par HALTENHOFF. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — Zona ophtalmo-tympanique, par BONNIER. (*Soc. de laryng. de Paris*, 6 janv.) — Zona intercostal prodrome de la tuberculose pulmonaire, par ARNAUD. (*Marseille médical*, 2, p. 33.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **G. Masson**, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Éléments d'ophtalmologie à l'usage des médecins praticiens, leçons cliniques professées à la Faculté de médecine de Lyon, par le Dr Gayet, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté, correspondant de l'Académie de médecine. (Un volume in-8, de XIII-488 pages, avec 18 figures.) — Prix : 8 francs.

Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire, publiée sous la direction de M. Léauté, membre de l'Institut. — 3 volumes nouveaux.

Physique du physiologiste, par M. le Dr J. Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les Acariens parasites, par M. P. Mégnin, membre de la Société de Biologie.

Menstruation et fécondation. Physiologie et pathologie, par M. le Dr A. Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris.

Les tumeurs blanches chez l'enfant, par le Dr A. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Maladie des pays chauds, par le professeur de Brun, médecin sanitaire de France en Orient.

L'Endocardite aiguë, par le Dr V. Hanot, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Anatomie du cerveau de l'homme, morphologie des hémisphères cérébraux ou cerveau proprement dit (texte et figures), par E. Brissaud, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Cet ouvrage comprend un atlas grand in-4, de 43 planches gravées sur cuivre, représentant 270 préparations, grandeur naturelle, avec explication en regard de chacune ; et un volume in-8 de 580 pages, avec plus de 200 figures schématiques dans le texte.

Aliénation mentale syphilitique (leçons cliniques), par le professeur Mairet.

Eaux minérales de France. Situation, composition. Indications thérapeutiques, par le Dr Chauvet, de Royat. (1 volume grand in-8° comprend 43 tableaux graphiques en couleur avec 107 pages de texte, relié toile.) — Prix : 12 fr. 50. Paris, G. Masson, éditeur. Lyon, A. Storck, éditeur.

Librairie **Octave Doin**, place de l'Odéon, 8.

Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale, publiée sous la direction de MM. Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine,

médecin de l'hôpital Cochin, etc., et O. Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Salpêtrière. — Les 33 volumes de la collection sont publiés dans le format in-18 jésus. Ils sont reliés en peau et comportent chacun de 200 à 400 pages avec figures. — Le prix de chaque volume est invariablement fixé à 4 francs. — Terrillon et Chaput. *Asepsie et Antisepsie chirurgicales.* (1 volume 205 pages avec figures.) — A. Mathieu, médecin des hôpitaux. *Thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin.* (1 vol. de 350 pages.)

Nouveaux éléments de chirurgie opératoire, par V. Chalot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse. Deuxième édition corrigée et très augmentée. (1 vol. in-18 cartonné diamant de 1,000 pages avec 665 figures.) — Prix : 10 francs.

Recherches expérimentales sur la respiration, les inhalations d'oxygène. Sommeil et anesthésie. L'Intoxicatioa oxycarbonique, par le Dr L.-G. de Saint-Martin. (1 vol. grand in-8° de 350 pages avec figures.) — Prix : 10 fr.

Annuaire de thérapeutique (5e année). — Précédé d'une introduction, par Dujardin-Beaumetz. (1 vol. in-24 cartonné de 380 pages.) — Prix : 2 francs. — Prix de chaque année précédente : 2 francs.

Manuel pratique de dentisterie opératoire. Notions élémentaires d'hygiène buccale et de thérapeutique dentaire à l'usage des médecins, par Louis Nux, médecin-dentiste. (1 vol. in-18 jésus de 150 pages.) — Prix : 2 francs.

Nouveaux éléments de physiologie, par Paul Langlois, chef du laboratoire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris et Henry de Varigny, docteur ès sciences. (Un volume cartonné diamant de 945 pages, avec 153 figures dans le texte.) — Prix : 10 francs.

De la symphyséotomie, par le Dr Emile Gotchaux. (Un volume in-8° de 245 pages.) — Prix : 5 francs.

Le Mont-Dore et ses eaux minérales. — Étude médicale, par le Dr Em. Emond, médecin consultant au Mont-Dore. — 3e édition. (Un volume in-18 de 195 pages.) — Prix 3 francs.

Leçons sur le traitement des névroses, par le Dr E.-C. Seguin (de New-York. Précédé d'un avant-propos de M. le professeur Charcot. (Un volume in-8° de 98 pages.) — Prix : 3 francs.

Leçons de clinique obstétricale, par Ch. Maygrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Recueillies par le docteur Demelin, chef de clinique de la Faculté. (Un volume in-8° de 210 pages.) — Prix : 5 francs.

Librairie **J.-B. Baillière et fils**, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

Traité des maladies de l'estomac, par le Dr Bouveret, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin de l'Hôtel-Dieu. (Un volume grand in-8° de 800 pages.) — Prix : 14 francs.

Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, par le Dr H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. — Quatrième édition revue et augmentée. (Un volume in-8° de 918 pages, avec 176 figures noires et coloriées.) — Prix : 13 francs.

Manipulations de chimie médicale, par J. Ville, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. (Un volume in-18 jésus de 800 pages, avec 68 figures, cartonné.) — Prix : 4 francs.

Influence du travail intellectuel sur les variations des éléments de l'urine, par le Dr H. Thorion, chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Nancy (Un volume grand in-8° de 120 pages, avec 7 planches.) — Prix : 3 fr. 50.

Le mécanisme de la parturition. Etude la la flexion et de la rotation de la tête dans les présentations du sommet, par le Dr Paul Parisot, lauréat de la Faculté de médecine de Nancy, 1893. — Prix : 5 francs.

Le mouvement et les exercices physiques. Leçons pratiques sur les systèmes osseux et musculaire, par le Dr E. Dupuy, médecin de l'hôpital de Saint-Denis, ancien interne des hôpitaux de Paris, précédées d'une introduction par le Dr Dastre, professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris. Paris, 1893. (Un volume in-8° de 344 pages avec 139 figures.) — Prix : 5 francs.

Encyclopédie vétérinaire, publiée sous la direction de C. Cadéac, professeur de clinique à l'École vétérinaire de Lyon. Collection nouvelle de 16 volumes in-18 jésus de 400 à 500 pages, avec figures, à 5 francs le volume cartonné.

Vient de paraître le 1er volume : *Pathologie générale et Anatomie pathologique générale des animaux domestiques*, par C. Cadéac. (Un volume in-18 jésus de 480 pages, avec 40 figures, cartonné.) — Prix : 5 francs.

Les diplégies cérébrales de l'enfance, par Rosenthal.

Société d'éditions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine et rue Antoine-Dubois, 4.

Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie (physiologie et thérapeutique), par Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare, docteur ès sciences, officier de la Légion d'honneur. — Avec figures dans le texte. — (Format in-8 de 560 pages.) — Prix broché : 10 francs. — (Reliure en peau souple, tête dorée.) — Prix : 12 francs.

Etudes de physiologie artistique faites au moyen de la chronophotographie, par E.-J. Mony, de l'Institut, professeur au Collège de France, et Demeny, préparateur de la station physiologique. — 1re série. *Des mouvements de l'homme*. (Un grand album oblong avec 6 planches en photogravure.) — Prix : 4 francs.

La vue, son hygiène, ses maladies, par le Dr Jocqs, ancien interne des hôpitaux. — Prix : 4 francs.

De l'hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines, par le Dr Jules Lafourcade, ancien interne des hôpitaux.

Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale, par le Dr Malapert, ex-interne des hôpitaux.

Les fermentations, par Emile Bourquelot, docteur ès sciences, professeur agrégé à l'école supérieure de pharmacie de Paris, pharmacien en chef de l'hôpital Laënnec, un vol. in-16, de 204 pages, illustré de 21 figures intercalées dans le texte, prix : broché 3 fr. 50. Cartonné : 4 francs. Envoi franco contre un mandat adressé à M. le Directeur de la Société d'édit. scien., 4, rue Antoine-Dubois, Paris. Ce volume fait partie de l'Encyclopédie des connaissances pratiques.

Le Guide militaire des étudiants, des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, par MM. Petit et Collin, médecins-majors de l'armée active. (In-18 illustré de plus de 500 pages, indispensable à tous les officiers du service de santé. — Prix : Cartonné à l'anglaise, 6 francs. — Avec reliure en peau souple et tête dorée, 7 fr. 50. — Remise : 14/12 et 25 0/0.

Librairie **Rueff et Cie**, boulevard Saint-Germain, 106, Paris.

Bibliothèque médicale, publiée sous la direction de MM. J.-M. Charcot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et G.-M. Debove, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Andral. (Volumes in-16, reliure d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

Les angines à fausses membranes, par le Dr Pierre Boulloche, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants malades. (Un vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

Hypertrophie des amygdales, par le Dr A. Sallard, ancien interne des hôpitaux (Un volume in-16, rel. d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

Érysipèle, par le Dr Achalme. (Un vol. in-16, rel., d'amateur, tête dorée.) — 3 fr. 50.

Les causes de la fièvre typhoïde, par le Dr J. Gasser, médecin aide-major de deuxième classe, lauréat de la Faculté. (Prix de thèses. — Prix Châteauvillard.) — Un vol. in-16, reliure d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50.

La désinfection publique, par le Dr Jules Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille. (Un vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

La pneumonie lobaire aiguë, par le Dr Maurice Boulay, ancien interne des hôpitaux. (2 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée.) — Le vol. 3 fr. 50.

La rougeole, par le Dr H. Barbier, ancien interne, lauréat des hôpitaux. (Un vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

De la respiration dans le chant, par le Dr Joal (du Mont-Dore). (Un joli volume in-16, 232 pages, très élégamment cartonné.) — Prix : 3 fr. 50.

Libraire **L. Battaille et Cie**, place de l'École-de-Médecine, 23, Paris.

L'Année médicale (quinzième année) 1892.— Résumé des progrès réalisés dans les Sciences médicales, publié sous la direction du D Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre. (Un volume in-18 jésus.) — Prix : 4 francs.

Médecine clinique, tome IX : *Traité des maladies du sang,* par le Dr Labadie Lagrave. (Un fort volume in-8 carré, avec 74 figures dans le texte.) — Prix : 15 francs.

Médecine clinique, tome VIII : *Thérapeutique physiologique des maladies du cœur*, par le professeur Germain Sée (tome II du *Traité des Maladies du cœur*). — Un volume in-8° carré. — Prix : 10 francs. — Le tome Ier du *Traité des Maladies du cœur* est au prix de 12 francs. — Les deux volumes du *Traité des Maladies du cœur*, pris ensemble, 18 francs.

L'hérédité normale et pathologique, par André Sanson, professeur de zoologie et zootechnie à l'école nationale de Grignon et à l'Institut national agronomique. (Un beau volume in-8.) — Prix : 8 francs.

Librairie **G. Steinheil**, rue Casimir-Delavigne, 2, Paris.

Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses (méthode sclérogène, arthrectomie précoce et répétée), par le Dr P. Mauclaire, ancien interne, médaille d'or des hôpitaux, prosecteur à la Faculté. (Avec 10 planches.) — Prix : 12 francs.

Le bilan de la symphyséotomie renaissante (au 31 mars 1893), par le Dr H. Varnier, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Prix : 2 fr. 50.

Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée, par le Dr Tornu. — Prix : 6 francs.

De la mycose leptothrixique pharyngée, par le Dr Albert Colin, chef de clinique laryngologique à l'Institution nationale des sourds-muets. — Prix : 2 francs.

Librairie **A. Maloine**, boulevard Saint-Germain, 91, Paris.

Précis iconographique des maladies de la peau, par le Dr E. Chatelain (de Paris). — Ouvrage accompagné de 50 planches hors texte, en couleurs représentant les principales maladies de la peau reproduites d'après nature, par Félix Méheux, dessinateur des services de l'hôpital Saint-Louis. (Un vol. grand in-8, relié toile, tête dorée.) — Prix : 25 francs.

Du courant alternatif sinusoïdal en gynécologie, par Mina Kaplan-Lapina.

Librairie **Gounouihou,** Bordeaux.

Recueil d'observations dermatologiques, par X. Arnozan, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Charles Griffin, and C°, Londres.

A treatise on ruptures, par Jonathan, F.-C.-H. Macready.

Le gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 3.7.93

SOMMAIRE DU N° 4

TOME XLII

ANATOMIE.

Topographie cranienne, *Clado*; névroglie, *Paladino*, 401. — Nerfs du péricarde, *Pianese;* nerfs de la rate, *Fusari;* nerfs des muscles, *Sandulli*, 403. — Sang, *Niebergall*, *Engel;* cartilage, *Tenderich*, 403. — Fossette occipitale, *Debierre*, *Lombroso;* bassin, *Romiti*, 404. — Cornée, *Barbo;* cristallin, *Barabaschew;* iris, *Bajardi*, 405; *Durand*, 406. — Appendice vermiculaire, *Ribbert*, 406. — Lymphatiques de l'anus, *Quénu;* veines utérines, *Hennig*, 407. — Vessie, *Brunn;* testicule, *Prenant*, 408.

PHYSIOLOGIE.

Lymphatique, *Cavazzani;* nerfs sensoriels, *Kiesselbach*, 409. — Excitabilité des nerfs, *Mann;* sens de l'équilibre, *Lee;* mal de mer, *Bédart*, 410. — Centres du langage, *Mingazzini*, 411. — Centres laryngés, *Masini;* nerfs du larynx, *Neumann*, *Exner*, 412. — Pression de l'air, *Eichhorst;* respiration, *Varaldi;* densité du sang, *Lyonnet*, 413. — Sang, *Grawitz;* cardiographie, *Schmidt*, 414. — Cœur, *Kaiser*, *Frey*, *Fredericq*, 415. — Oxydations du sang, *Salkowski;* échanges nutritifs et alimentation, *Camerer*, *Eijkman*, 416; *Lapicque*, *Spirig*, 417. *Munk*, *Lehmann*, *Zuntz*, 418; *Mario*. 419; *Salkowski*, *Kemmerich*, 420. — Glycosurie, *Bloch*, *Cavazzani*, 420. — Absorption intestinale, *Tomasini;* tétanos, *Rouxeau*, *Courmont*, *Doyon*, 421. — Thyroïde, *Moussu*, *Gley;* sens thermique, *Cavazzani;* absorption oculaire, *Bellarminoff*, 422. — Nerf auditif, *Wlassak;* impulsions volontaires, *Patrizi*, 423.

CHIMIE MÉDICALE.

Sang et lait, *Arthus;* ferments, *Bourquelot;* sucre des muscles, *Panormoff*, 424. — Chimie du muscle, *Heffter*, 425. — Suc gastrique, *Sansoni*, *Bondzynski*, 426; *Asperen*, *Mathieu*, *Hallopeau*, 427. — Examen des urines,

Senator, *Guinard*, 427; *Berberow*, *Rosin*, 428. — Urine des cholériques, *Terray*, 428. — Indican, *Momildlowski*; urorosèine, *Rosin*, 429. — Inanition, *Ajello*, *Solaro*, *Prausnitz*, 430. — Alcaloïdes, *Errera*; ptomaïnes, *Garcia*; échanges chez le diabétique, *Voit*, 431. — Périostite albumineuse, *Hugounenq*, 432.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Modifications du sang, *Weintraub*, 432; *Maurel*, 433. — Tumeurs du cœur, *Bertheuron*; endocardites, *Kusnezow*, 433. — Cancer, *Clarke*, 434; *Bœck*, *Galloway*, *Foa*, 435; *Burchardt*, *Keen*, *Felsenthal*, 436. — Foie infectieux, *Hanot*, 436. — Tuberculose de l'œsophage, *Flexner*; granulations de l'épendyme, *Pellizi*; compression de la moelle, *Sottas*, *Déjerine*, 437. — Lésions médullaires, *Schiff*; méningite, *Robertson*, 438. — Pneumonie, *Hauser*; asthme, *Muller*; péritonite, *Meyer*; myosite, *Brennsohn*, 439. — Fièvres pernicieuses, *Nepveu*; paludisme, *Stieda*, 440. — Morve, *Leclainche*, *Montané*, 441. — Diabète, *Cavazzani*; choléra, *Popoff*; ostéomes, *Apolant*, 442. — Côtes cervicales, *Aron*; pieds fourchus, *Meller*, 443.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Compression cérébrale, *Reisenger*; dilatations cardiaques, *Gley*, *Charrin*, 444. — Dératement, *Dastre*; thyroïdectomie, *Haskovec*; diabète, *Shabad*, cirrhose du foie, *de Rechter*, 445. — Capsules surrénales, *Langlois*, *Brown-Séquard*; infection, *Charrin*, 446; *Charrin*, *d'Arsonval*; lumière et bactéries, *Chmielewski*, 447. — Elimination des bactéries, *Charrin*, *Wurtz*, *Cavazzani*, 448. — Immunité, *Zagari*, *Innocente*; sang bactéricide, *Montuori*, *Ceni*; crachats, *Schmidt*, 449. — Poussières, *Hœgler*, 450. — Tabac et bactéries, *Falkenberg*; peroxyde d'hydrogène, *Chilow*, 451. — Cultures, *Sclavo*, 452. — Salive, *Galippe*; trachéite, *Queyrat*; tuberculose, *Kostenitsch*, *Wolkow*, *Petruschky*, 453; *Nannotti*, *Tedeschi*, 454; *Loukachewitsch*, *Cadéac*, *Bournay*, 455. — Diphtérie, *Omlinsky*; choléra, *Watkins*, *Fokker*, 456; *Pœhl*, *Günther*, *Scholl*, 457; *Fraenkel*, 458; *Klein*, *Pawlowski*, *Buchstab*, 459; *Metchnikoff*, 460; *Calmette*, 461; *Zieniec*, *Fokker*, 462; *Uffelmann*, 463. — Bactéries intestinales, *Gilbert*, *Lion*, *Hallé*, *Dissard*, 463; *Arnd*, 464. — Typhus, *Curtis*, *Combemale*; rougeole, *Thomson*, 464. — Vaccine, *Garnieri*, *Siegel*; variole, *Combemale*, 465; *Haushalter*, *Etienne*, 466. — Rage, *Pottevin*, 466; *Orlandi*; charbon, *Caro*, *Pernice*, *Pollaci*, *Czaplewski*, 467; *Charrin*, *Courmont*, 468. — Tétanos, *Roux*, *Vaillard*; malaria, *Babes*, *Gheorghiu*, 469; *Marchiafava*, *Bignami*; suppuration, *Ebermann*, 470. — Rouget, *Petri*, *Maassen*, *Rubner*, *Balisterri*, *Niemann*, 472; *Beisswaenger*, 473. — Actinomycose, *Pawlowsky*, *Maksutoff*; stomatite aphteuse, *Lermuseau*; bacille fluorescent, *Olitzky*, 474. — Bacille pyocyanique, *Charrin*; bacille viridans, *Symmers*; myélite, *Vincent*, 475; *Bourges*, 476.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Apocodéine, *Guinard;* morphine, *Guinard,* 476; *Lamal*, 477. — Cocaïne, *Kyle;* théobromine, *Cohnstein;* kola, *Mosso*, 477. — Diurétine, *Massalongo*, *Silvestri;* digitale, *Yvon;* hydrastis, *Lefèvre*, 478. — Asparagine, *Baldi;* mururé, *Cathelineau*, *Rebourgeon;* eucalyptéol, *Lafage*, 479. — Formanilide, *Bokai;* sulfonal, *Schaeffer;* chloralose, *Hanriot*, *Richet;* pental, *Bauchwitz*, 480. — Tolysal, *Henning;* tolypyrine, *Ricklin*, *Guttmann*, *Liebreich*, 481. — Thiuret, *Blum*, 482. — Oléo-créosote, *Prevost;* asaprol, *Dujardin-Beaumetz*, *Staeckler*, 483. — Microcidine, *Berlioz*, *David*, 484. — Solutol, *Maisel*, *Koch;* antipyrétiques, *Josskowitz*, *Hildebrandt*, 485. — Ruthénium, *Nicolle*, *Cantacuzène;* fluorures, *Blaizot;* sozoiodol, *Spirig*, 486. — Benzonaphtol, *Kuhn*, 487. — Cantharides, *Cossaet;* ozone, *Ohlmueller;* chloroforme, *Henrotay;* gaze iodoformée, 488. — Médicaments et suc gastrique, *Leubuscher;* électricité, *Lecercle;* venin, *Phisalix*, *Bertrand*, 489. — Empoisonnements par : l'oxyde de carbone, *Marcacci;* l'opium, *Michaut*, *Pichon*, 490; le chloralose, *Pachon*, *Richet*, 491; le benzosol, *Jacksch;* l'iodoforme, *Bourdette;* le sublimé, *Delaunay;* le phosphore, *Lo Monaco*, *Lilienfeld*, *Monti*, *Jacksch*, 492; l'arsenic, *Gosio*, 493; *Osler;* l'acide sulfurique, *Fraenkel*, *Reiche;* le plomb, *O'Carroll*, *Mann*, 494; la viande, *Ermengem*, 495.

THÉRAPEUTIQUE.

Lait stérilisé, *Chavanne*, 496. — Injections séquardiennes, *Eloy*, *Massalongo;* injections pancréatiques, *Rémond*, *Rispal*, 497. — Pneumonie, *Petresco*, *Mays*, *Berman;* bronchite, *Wilcox*, 498. — Bronchectasie, *Stewart;* tuberculose, *Landerer*, *Norris*, 499. — Pleurésie, *Volland;* péricardite, *Lees;* maladies de l'estomac, *Mathieu*, 500; *Einhorn*, *Lagrange*, *Flamm*, 501. — Fièvre typhoïde, *Tortchinsky*, *Faure-Miller*, *Bihorel*, *Dunoyer*, 502; *Chaminade*, *Laporte*, 504. — Diarrhées, *Marois*, 504. — Paludisme, *Kazem-Bek*, *Ferreira*, 505; *Moncorvo*, *Guttmann*, 506. — Antipyrétiques, *Tross;* cétrarine, *Luigi;* chlorose, *Mory*, 507. — Diabète, *Mackenzie*, *Wood*; vomissement, *Blondel;* diphtérie, *Flahaut*, 508. — Actinomycose, *Buzzi*, *Gellé-Valerio;* saturnisme, *Combemale;* digitoxine, *Masius;* dysenterie, *Aufrecht*, 509. — Tétanos, *Galmard*, *Rotter*, 510; *Ricklin*, *Cailleret*, 511. — Teucrine, *Mosetig*, 511 *Quénu*, 512. — Epithèmes, *Silex Senator*, 512.

HYGIÈNE.

Mortalité, *Cheysson*, 513; *Kœrfer*, *Foller*, 514. — Tuberculose, *Holsti*, *Letulle*, 515. — Recrutement, *Frœlich;* vaccine, *Copeman;* charbon, *Murisier*, 516; *Chauveau*, *Surmont*, *Arnould*, 517. — Pain, *Rouma*, 517. — Viandes, *Ostertag*, 518. — Lait et beurres, *Guillebeau*, *Crolas*, *Jean*, 519. — *Schrodt*, *Henzold*, 520. — Vases d'aluminium, *Kobert*, *Aubry*, *Plagge*, *Lerbin*, 520. — Eaux potables, *Gerhard*, 521; *Hansen*, *Ohlmueller*, *Heise*,

522. — Désinfection, *Chamberland*, *Fernbach;* microbes de l'air, *Moor*, 523. — Choléra, *Ziem*, 524; *Wernicke*, 525. — Ophtalmie, *Adams*, 526. — Fleurs artificielles, *Planchon;* jouets de caoutchouc, *Bulowsky*, 527. — Chaussures, *Nothwang;* urinoirs, *Vallin*, 528.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Traités, *Bouchard*, 529; *Debove*, 530; *Bouveret*, 531; *Labadie-Lagrave*, 533. — Maladies du système nerveux, *Pitres*, *Churton*, 534; *Leva*, *Suckling*, *d'Astros*, 535; *Féré*, *Stieglitz*, *Hoffmann*, 536; *Rossi*, 537; *Grasset*, *Joffroy*, *Achard*, *Steiner*, 538; *Eisenlohr*, *Guizetti*, 539; *Grandon*, *Sacaze*, *Schultze*, 540; *Weill*, *Mossé*, *Brugia*, 541; *Charcot*, *Ghilarducci*, *Garnier*, 542; *Popow*, *Janet*, *Miura*, 543; *Le Dantec*, 544; *Chabbert*, 545; *Menzies*, *Bouchard*, 546. — Maladies de l'appareil respiratoire, *Labbé*, *Simon*, *Boulay*, 547; *Velten*, *Huguenin*, 548; *Nuel*, *Egger*, 550; *Baumler*, 551. — Anévrismes, *Fenwick*, *Overend;* anémie, *Hunter*, 552. — Maladies de l'appareil digestif, *Du Mesnil*, *Kalusche*; 553; *Eisenlohr*, *Fuerbringer*, 554, *Lépine*, *Bret*, *Ord*, 555; *Hood*, *Hanot*, 556; *Hawkins*, *Stajanovits*, 557; *Lucron*, *Leparquois*, *Blondeau*, 558; *Hawkins*, 559. — Rhumatisme, *Massalongo*, *Saint-Germain*, 559. — Typhus, *Combemale*, *Eisenlohr;* fièvre typhoïde, *Juhel-Renoy*, 560. — Rubéole, *Hood;* scarlatine, *Manning*, 561. — Beriberi, *Glogner;* filaire, *Manson;* actinomycose, *Sokalow*, 562. — Cancer, *Brunon;* érysipèle, *Achalme;* paludisme, *Cappeletti;* goitre exophtalmique, *Kœpper*, 563. — Septicémie, *Campbell*, *Wagner;* oreillons, *Laveran*, 564. — Fièvre des Indes, *Scheer*, 565.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Contractions utérines, *Westermak*; laparotomie, *Fargas*, 566; métrite, *Doléris;* flexions, *Mackenrodt*, *Duehrssen;* prolapsus, *Gelpke*, 567. — Ovariotomie, *Sippel;* myomes, *Mueller;* hystérectomie, *Malapert*, 568; *Lafourcade*, *Herzfeld*, 569. — Cancer et grossesse, *Stœcker*, 570. — Corps étrangers, *Tannen;* ostéomalacie, *Harajewicz*, 571. — Leçons, *Maygrier*, 571. — Inclinaisons de l'utérus, *Vallois;* grossesse prolongée, *Gelpke*, 572. — Accouchement, *Parisot;* amnios vert, *Levy*, 573. — Paralysies puerpérales, *Sottas*, 574. — Phlébite, *Richardière*, *Rivière;* tête dernière, *Remy*, 575. — Dystocie, *Blanc;* hystérectomie dans la grossesse, *Fernandès;* arrachement du vagin, *Bidder*, 576. — Eclampsie, *Doderlein*, *Lang*, *Porak*, *Bernheim*, 577; *Herrgott*, 578. — Avortement, *Brion;* rupture utérine, *Bossi;* tuberculose placentaire, *Lehmann;* septicémie, *Basset*, 579. — Symphyséotomie, *Krassowsky*, *Schwarz*, *Michael*, *Regnier*, *Ekstein*, *Kascharoff*, 580; *Baumm*, *Dittel*, *Leopold*, *Bidder*, *Œlschager*, 581; *Varnier*, 590; *Gotchaux*, *Harris*, *Eustache*, *Pinard*, 591. — Grossesse extra-utérine, *Tipjakow*, 592.

MALADIES DES ENFANTS.

Leçons, *Moussous*, 592. — Bactéries buccales, *Dornberger*; craniotomie, *Parkin*, *Morton*, 593. — Athétose, *Combe*, 594. — Paralysies, *Friedmann*, *Lunz*, 595; *Oliver*, *Gay*, 596. — Névrite, *Déjerine*, *Sottas*, 596; *de Grazzia*, 597. — Encéphalocèle, *Mayo*; microcéphalie, *Joos*, 597. — Epilepsie, *Parker*, *Gotch*; acromégalie, *Rake*; hémoglobinurie, *Haig*, 598. — Lèpre, *Sevestre*, *Méry*; hystérie, *Bardol*, 599. — Ecriture en miroir, *Cahen-Brach*; diphtérie, *Baginsky*, 600; *Friedemann*, 602. — Coqueluche, *Richardière*; rougeole, *Barbier*; scarlatine, *Koch*, 602. — Rachitisme, *Kusttner*; typhlite, *Baginsky*, 603. — Choléra, *Bézy*; hernie, *Raillon*; macroglossie, *Reverdin*, *Buscarlet*, 604. — Kyste, *Pamard*; gangrène, *Power*; splénectomie, *Riegner*, 605. — Scoliose, *Kirmisson*; néphrectomie, *Hott*, *Walsham*, 607.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Recueil, *Arnozan*, 608. — Sang dans les dermatoses, *Quinquaud*; hyperhidrose, *Bauer*; hydroa, *Ducastel*; pemphigus, *Hallopeau*, *Brodier*, 609; *Quinquaud*, *Petrini*, 610. — Herpès, *Wasilewski*; angiokératome, *Piffault*, 610. — Chéloïde, *Bonzon*; érythème, *Joullié*; impetigo, *Freyhan*, 611. — Sclérodermie, *Soffiantini*, 612; *Foulerton*, 613. — Molluscum, *Kromayer*; lupus, *Petrini*; perlèche, *Raymond*, 613. — Ulcère, *Hudelo*; langue noire, *Masoin*; nœvus, *Unna*, 614. — Verrues, *Feulard*; ichthyose, *Tommasoli*, 615. — Lèpre, *Zambaco*, *Bérillon*, 616; *Goldschmidt*, 617. — Pellagre, *Agostini*, *Lombroso*, 617. — Teignes, *Butte*, *Sabouraud*, 618; *Busquet*, 619; *Hallopeau*, 620. — Hydrargyrie, *Gastou*; éphélides, *Hoorn*, 620. — Epilatoire, *Unna*, 621. — Syphilis nerveuse, *Obermeier*, *Mendel*, 621; *Zaroubine*, *Hoppe*, *Ewald*, 622; *Lamy*, 623; *Poussard*, *Raymond*, 624. — Syphilis pulmonaire, *Feulard*, *Rochon*; lymphangite, *Ducastel*, 625. — Mélanodermie, *Fournier*; syphilis rénale, *Grandmaison*, *Darier*, *Hudelo*, 626. — Syphilis anale, *Fournier*, *Mendel*; traitement de la syphilis, *Blaschko*, 627; *Audigier*, *Watraszewski*, *Mazza*, 629. — Chancre mou, *Krefting*, *Nicolle*, *Estay*, 629. — Blennorragie, *Charpentier*, *Stanziale*, *Filippi*, *Yvinec*, 631; *Delaroche*, *Casper*, *Samter*, 632.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRE.

Paralysie alcoolique, *Achard*, *Soupault*, *Campbell*, 633. — Amok, *Ellis*; Manie, *Schmidt*; folie communiquée, *Féré*, *Arnaud*, 634. — Folie et intestin, *Marpherson*; mélancolie, *Chatenet*, 635. — Ménopause et folie, *Garat*; syphilis et aliénation, *Mairet*, 636. — Folie post-cholérique, *Séglas*; antipyromanie, *Cappelletti*; paralysie générale, *Stajanovitch*, *Luys*, 637; *Nageotte*, 638; *Wiglesworth*, *Renaud*, *Godivier*, 639; *Fronda*, 640. — Hypnotisme, *Robertson*; somnal, *de Montyel*, 640. — Exalgine, *de Montyel*; épilepsie, *Marino*, *Bogdanik*, 641; *Middleton*, 642. — Myxœdème, *Poncet*, *Henry*, *Shapland*, 642; *Mendel*, *Affleck*, 643.

MÉDECINE LÉGALE

Mort par le pental, *Bremme;* asphyxie, *Corin*, 644. — Pendaison, *Wagner; Ebertz,* 645. – Suicide, *Moebius; Haberda,* 646. — Infanticide, *Cazeneuve, Coutagne,* 647. — Avortements, *Vibert;* traumatismes craniens, *Moritz,* 648. — Caustiques dans l'estomac, *Harnack*, 649. — Putréfaction, *Ottolenghi,* 650. — Brûlures, *Kijanitzin*, 652. — Epanchements, *Paltauf*, 653.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Clinique, *Richet*, 653. — Anesthésie, *Joos;* lésions du crâne, *Jaboulay*, 654; *Chipault*, 655; *Delagénière*, *Elliot*, 656. — Lésions du rachis, *Joachimsthal, Calbet;* greffe, *Heat*, 657; *Schaefer,* 658. — Lésions des vaisseaux, *Wherry*, *Makins*, *Rotter*, 659; *Thayer*, 660. — Plaies de poitrine, *Delorme*, *Lowson*, 661. — Affections du tube digestif, *Noorden*, *Mikulicz*, 662; *Jeannel*, *Penrose*, *Dickinson,* 663; *Albert, Barling*, 664; *Kriege*, 665; *Pénières*, 666; *Lockwood*, *Heydenreich*, *Abbe*, *Kruger*, 667; *Mary*, *Bennett*, *Macready*, *Lockwood*, *Graser*, 668; *Gusenthal*, *Pollosson*, 671; *Franks*, *Hutchinson*, *Martel*, 672; *Cripps*, 673; *Treves*, *Baring*, 674; *Moullin*, *Cripps*, 676; *Lowson*, *Treves*, 677; *Purcell*, *Makins*, 678; *Reverdin*, *Morison*, *Larsonneur*, 679; *Mosetig*, *Ricard*, 680; *Heurtaux*, *Jalaguier*, *Mauclaire*, 681; *Gilford*, 682. — Maladies des voies biliaires, *Kehr*, 682; *Siegert*, *Schmidt*, 683. — Kystes du pancréas, *Giffen*, *Swain;* splénotomie, *Guido,* 684. — Hémorroïdes, *Quénu*, *Rœckel*, 685. — Maladies des voies urinaires, *Albarran*, *Tuffier*, 685; *Jaksch*, *Sanger*, *Mankiewicz*, 686; *Poncet*, *Gould*, *Jullien*, *Ollier*, 687. — Maladies des os et des articulations, *Scheier*, 688; *Lane*, 689.

OPHTALMOLOGIE.

Clinique, *Trousseau*, *Valude,* 689. — Périmétrie des couleurs, *Hegg;* vision des sourds-muets, *Cohn,* 690. — Astigmatisme, *Axenfeld;* myopie, *Sulzer*, 691. — Strabisme, *Muller;* lésions des paupières, *Elschnig*, *Samelsohn*, 692. — Scopolamine, *Raelhmann;* amblyopie simulée, *Wicherkiewicz;* chloropie, *Hilbert*, 693. — Exophtalmie intermittente, *Sergent;* ophtalmoplégie, *Goldzieher;* phlegmon orbitaire, *Baas*, 694. — Conjonctivites, *Lemelletier*, *Labitte*, *Uhthoff*, 695; *Fraenkel*, 696. — Kératites, *Birnbacher*, 696; *Rumschewitsch*, *Belohous;* iritis, *Quint*, 697. — Cataractes, *Bertin-Sans*, *Reche*, 698; *Peters*, *Hess*,, 699. — Rétinite, *Bull*, 699; *Galezowski*, 700; *Blessig*, *Wagenmann*, *Hirschberg;* névrite optique, *Michel*, 701; *Elschnig*, *Galtier*, *Lewin*, 702. — Ophtalmie sympathique, *Greeff*, *Schirmer*, *Chibret;* uvéite, *Janner*, 703. — Syphilis oculaire, *Uhthoff*; corps étranger, *Borel*, 704.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Angines, *Boulloche*, *Booker*, 706. — Cancer de l'amygdale, *Ingals;* syphilis de l'amygdale, *Seifert;* amygdalotomie, *Mackenzie;* mycose pharyngée, *Colin*, *Garel*, *Wagnier*, *Raugé*, 707. — Cancer du pharynx, *Paige;* tumeurs du palais, *Defontaine*, *Simpson;* tuberculose buccale, *Réthi*, 709. — Staphyllorraphie, *Le Dentu;* hydrorrée nasale; *Bean;* névroses nasales, *Kjellmann*, 710; *Gradenigo*, 711. — Rhinite, *Polyak*, *Audry*, 711. — Tuberculose nasale, *Dionisio;* tumeurs du nez, *Gouguenheim*, *Hélary*, *Dansac*, 712. — Rhinosclérome, *Ducrey;* rhinolithes, *Gerber*, 713. — Œdème laryngé, *Heymann;* plaies du larynx, *Fitzgerald*, cancer du larynx, *Sabrazès*, *Frèche*, *Socin*, 714; laryngectomie, *Jeannel;* tubage, *Baer*, 715. — Maladies de l'oreille, *Flesch*, 716; *Raoult*, *Allport*, 717; *Majocchi*, *Katz*, *Lemcke*, 718; *Blake*, 719.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 730

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Topographie cranio-cérébrale, par CLADO (7e *Cong. fr. chir. Bulletin méd.* 16 *avril* 1893).

Pour projeter les centres encéphaliques sur le crâne, Clado conseille de rechercher ainsi, sans instruments spéciaux, les points suivants :

1° *Sillon de Rolando.* Du point supérieur, situé à un travers de doigt en arrière du milieu de la ligne naso-inienne, on tire une ligne allant directement à l'angle temporo-zygomatique; elle sera la projection du sillon de Rolando. Cette ligne est la clef de la topographie cranio-cérébrale; elle sert à délimiter les lobes et la plupart des circonvolutions psycho-motrices. Le point inférieur du sillon de Rolando se trouve à un travers de doigt au-dessous de la moitié supérieure de cette ligne.

2° *Scissure de Sylvius.* A l'union du tiers inférieur de cette ligne avec le tiers moyen, on plante une aiguille, elle tombe dans la vallée sylvienne, dans un point pouvant être appelé carrefour sylvien.

Une ligne, allant de la dépression sous-glabellaire au carrefour sylvien, représente, à partir de ce point et en se prolongeant en arrière, la scissure de Sylvius. Cette ligne va passer un peu au-dessus du lambda.

3° *Lobule de Broca.* Une ligne menée de la partie postérieure de l'apophyse mastoïde au carrefour sylvien, puis prolongée, coupe le lobule de Broca. Elle passe juste au cap de la troisième frontale.

Une autre ligne a été utilisée pour déterminer le point supérieur du sillon de Rolando (Bergmann). C'est une verticale partant de la partie postérieure de l'apophyse mastoïde; elle coupe le lobule du pli courbe et touche la scissure de Sylvius et le sillon parallèle en arrière. OZENNE.

Continuation de la névroglie dans le squelette myélinique des fibres nerveuses et constitution pluri-cellulaire du cylindraxe, par G. PALADINO (*Archives italiennes de biologie, XIX, p.* 26, 1893, et *Rend. della R. Accad. di Napoli, fasc.* 7, 1892).

L'auteur a complété ses recherches antérieures par l'examen d'un

sélacien, le Trygon violaceus. Il a vu que la névroglie se continuait dans le squelette myélinique des fibres nerveuses ; il y a dans celui-ci des corpuscules névrogliques complets. La constitution du cylindraxe serait pluri-cellulaire ; le cylindraxe est le résultat de la différenciation *in toto* d'un grand nombre de cellules. La fibre nerveuse doit être regardée comme un organe de structure complexe avec centres trophiques multiples plutôt que comme une partie appendiculaire des cellules nerveuses.

DASTRE.

Les nerfs, les réseaux et les terminaisons nerveuses du péricarde, par G. PIANESE (*Archives italiennes de biologie, XIX, p.* 315, 1893, et *Giornale internazionale delle scienze mediche, XIV, fasc.* 2 *et* 3).

Le péricarde reçoit des filets nerveux du récurrent gauche, des nerfs phréniques, du sympathique. Les premiers abordent l'organe par son sommet et la face postérieure : les phréniques par le sommet et les faces latérales ; les sympathiques par les vaisseaux.

Les filets vont du sommet à la base du péricarde en se divisant dichotomiquement. De là des réseaux que l'on rencontre dans toute l'étendue des feuillets péricardiques. Quelques fibres se terminent librement, particulièrement au milieu de la face antérieure. En général leur situation est assez profonde. DASTRE.

Mode de distribution des fibres nerveuses dans le parenchyme de la rate, par R. FUSARI (*Archives italiennes de biologie, XIX, p.* 288, 1893, et *Monitore zoologico italiano, Florence, III,* 7-8).

L'auteur emploie la méthode osmio-chromo-argentique de Golgi, pour les rates de veau et de rat. Les nerfs pénètrent dans le parenchyme par le hile : les uns suivent les artères, les autres s'avancent isolément. Les fibres s'entre-croisent : leur division est dichotomique et à angle très ouvert. De là un fin plexus sans véritables anastomoses. Les cellules nerveuses sont rares, elle sont polygonales, à 4-5 prolongements, dont quelques-uns se terminent librement. Ces nerfs sont aussi en rapport avec les plexus propres de la paroi des artères. DASTRE.

Le terminazioni dei nervi nei muscoli striati volontarii e le loro alterazioni dopo la recisione dei tronchi nervosi, studiate nella rana, par A. SANDULLI (*Giornale della Associazione napoletana di medici e naturalisti, p.* 105, 1892).

Chez la grenouille, 24 heures après la section du nerf, les terminaisons nerveuses ne présentent aucune altération ; les altérations se développent progressivement à partir du deuxième jour, et au dixième jour il ne reste plus de trace du buisson de Kühne proprement dit ; elles se produisent d'une manière centripète et atteignent jusqu'aux troncs nerveux.

La fibre musculaire, étudiée du 20e au 45e jour, conserve ses qualités physico-chimiques vis-à-vis des réactifs durcissants et colorants. Elle conserve sa structure histologique normale, alors même que ses terminaisons nerveuses sont le siège de lésions considérables ; elle conserve sa contractilité longtemps après le 20e jour.

Ces faits montrent que les fibres musculaires et nerveuses ne sont pas

aussi intimement unies que le suppose la théorie de Gerlach, que la contractilité musculaire est une qualité inhérente à la fibre musculaire, que l'excitation nerveuse ne se produit pas simultanément sur tous les disques de substance musculaire, mais seulement sur les points où s'arrêtent les terminaisons nerveuses et que dans ces points il se produit une onde de contraction qui se propage peu à peu jusqu'aux extrémités de la fibre. GEORGES THIBIERGE.

Der Hæmatokrit, ein Apparat zur Bestimmung des Volumens der rothen und weissen Blutkœrperchen im Blute des Menschen, par E. NIEBERGALL (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 4, *p.* 105, 15 *février* 1892).

Blix a montré que la richesse du sang en hématies peut être mesurée en évaluant le volume qu'elles occupent, lorsqu'on centrifuge du sang dont on a empêché la coagulation.

L'hématocrite se compose d'un appareil centrifuge pour deux tubes capillaires gradués contenant le sang additionné de liquide de Müller. Il ne reste alors à lire que le nombre des divisions occupées par les globules dans les tubes et à multiplier par 4. On obtient ainsi la teneur du sang en hématies exprimée en volumes centésimaux. Or, on a trouvé empiriquement qu'un volume centésimal correspond sensiblement en chiffres ronds à 100,000 globules rouges. On n'a donc qu'à multiplier ce nombre par celui des volumes.

Avec l'appareil de Zeiss et Thoma, les erreurs peuvent s'élever à deux ou trois cent mille globules, tandis qu'avec l'hémocrite, elles n'atteignent pas un volume centésimal, soit cent mille globules. J. B.

Zur Genese der Blutkörperchen, par ENGEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 8, *p.* 179, 1893).

Les globules de sang, étudiés chez les mammifères, proviennent tous de cellules primitives que l'auteur dénomme *métrocytes*. Ce sont de grandes cellules uninucléaires, sphériques, dont le protoplasme renferme de l'hémoglobine.

Ces métrocytes se divisent par karyokinèse. Les cellules filles qui en résultent sont les globules rouges à noyau; ensuite le noyau émigre du globule rouge. La plus grande partie des noyaux mis en liberté constitue des plaquettes, des masses granuleuses amorphes et disparaît; le reste forme les globules blancs.

Le protoplasma privé de noyau constitue le globule rouge.

L. GALLIARD.

Untersuchungen ueber genetische... (Recherches sur les rapports génétiques et biologiques de la substance fondamentale du cartilage hyalin), par H. TENDERICH (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXI*, 2).

Tenderich cherche à établir : 1° que la substance fondamentale du cartilage résulte de la transformation des cellules ; elle n'est nullement un produit d'excrétion cellulaire ; 2° la substance fondamentale du cartilage est tout entière une matière vivante qui est capable de reprendre la forme cellulaire sous l'influence de troubles nutritifs de nature progressive ou régressive.

A. — Lorsqu'on examine le cartilage d'un cal ou d'un enchondrome, on trouve des zones successives de cellules qui se colorent énergiquement, puis d'autres cellules dont le noyau seul prend les matières colorantes et plus loin des cellules dont le contour est à peine indiqué et dont le noyau ne se colore plus guère ; enfin des noyaux libres dans la substance fondamentale hyaline. Ces faits indiquent, selon Tenderich, que le corps cellulaire se transforme en substance fondamentale, puisque le corps cellulaire d'abord, puis le noyau subissent la métamorphose chondrogène.

B. — Sous l'influence du traumatisme ou de lésions articulaires expérimentales, on voit réapparaître les éléments cellulaires, sans qu'il se produise des divisions directes ou indirectes ou l'immigration de globules blancs. On constate que la substance fondamentale du cartilage est résorbée et à sa place on voit un tissu conjonctif riche en cellules. Ce tissu conjonctif ne provient pas de la multiplication des cellules par division, mais il résulte de ce fait que la substance fondamentale du cartilage est résorbée et que le tissu formateur primitif reste à sa place.

En un mot, le cartilage hyalin prend naissance aux dépens d'une transformation spéciale qui envahit successivement le corps cellulaire et le noyau, lesquels persistent dans le tissu adulte et peuvent réapparaître lorsque l'irritation détruit la substance fondamentale du cartilage.

ED. RETTERER.

I. — La fossette occipitale selon Debierre, par LOMBROSO (*C. R. de la Société de biologie,* 15 *avril* 1893).

II. — A propos de la fossette vermienne de l'occipital. Réponse à Lombroso, par DEBIERRE (*Ibidem*, 6 *mai* 1893).

III. — La fossette occipitale chez les prostituées, par C. LOMBROSO (*Ibidem*, 10 *juin* 1893).

I. — L'auteur conteste l'exactitude, non des observations de Debierre, mais de ses chiffres et de ses conclusions relativement à la fréquence de la fossette occipitale chez les criminels et les dégénérés.

II. — 141 sujets normaux ont présenté 4 fois une fossette vermienne; 319 criminels l'ont fournie 18 fois. La fossette vermienne est atavistique, mais elle n'est pas nécessairement un cachet de dégénérescence et elle ne coïncide pas nécessairement avec un vermis cérébelleux hypertrophié.

III. — L'auteur répond à Debierre que d'après ses chiffres même, la fossette existe chez les criminels en proportion double des individus normaux. Les femmes prostituées sont le correspondant du criminel-né qui manque chez la femme ; la fossette existe chez celles-ci dans la proportion de 17 0/0.

DASTRE.

Sur les caractères sexuels du bassin du nouveau-né, par G. ROMITI (*Archives italiennes de biologie, XIX, p.* 310, *et Atti della Societa Toscana di scienze naturali, VIII,* 3 *décembre* 1892).

Le bassin du nouveau-né a déjà l'ébauche des caractéristiques de l'adulte, c'est-à-dire spécialement l'ampleur plus grande de l'arcade

sous-pubienne, la hauteur moindre du bassin, les ailes iliaques moins droites dans le sexe féminin. DASTRE.

Recherches sur la relation entre la courbure de la sclérotique et celle de la cornée dans le méridien horizontal, par Barbara BARBO (*Rev. gén. d'opht., février* 1893).

De ses recherches ophthalmométriques, l'auteur arrive à déduire : 1) que l'aplatissement plus fort du côté nasal de la sclérotique dans le méridien horizontal s'est montré régulièrement (à l'exception de 7 yeux sur 100) ; 2) le chiffre de l'aplatissement varie peu dans les yeux emmétropes ; chez les astigmates il paraît augmenter avec le degré de l'astigmatisme ; 3) les rayons de l'œil droit sont en général un peu plus longs (de 0,1 millim. en moyenne) que les rayons de l'œil gauche.

Des recherches sur la forme de la cornée, il résulte que les courbures de ces moitiés temporale et nasale présentent la même différence que celles de la sclérotique (avec certaines exceptions), c'est-à-dire le côté nasal, aussi bien de la cornée que de la sclérotique, est plus aplati que leur côté temporal. ROHMER.

Beitrag zur Anatomie der Linse (Contribution à l'anatomie du cristallin), par BARABASCHEW (*Graef's Arch. f. Ophthalm., XXXVIII*, 3).

En soumettant la cristalloïde de la grenouille, de quelques mammifères et de l'homme à une solution de nitrate d'argent, Deutschmann a découvert, entre l'épithélium de la capsule et celui des fibres, un stroma de lignes noires affectant la forme d'une mosaïque, qu'il attribue à une couche d'albumine. Barabaschew, reprenant ces travaux, arrive aux conclusions suivantes :

1° En examinant la surface antérieure de la cristalloïde de la grenouille, du lapin et de l'homme, imprégnée de nitrate d'argent, on voit une figure en mosaïque, formée par les contours des cellules épithéliales ; 2° l'existence de prolongements épithéliaux explique suffisamment la forme en mosaïque ; 3° sur des coupes transversales, les contours cellulaires de la cristalloïde imprégnée de nitrate d'argent, se montrent sous forme de lignes dentelées interrompues par places ; 4° sur la cristalloïde postérieure, on voit trois sortes de figures : *a*) des précipités résultant de l'action du nitrate d'argent ; *b*) des exsudats provenant de la substance cristallinienne par décomposition cadavérique, etc. ; *c*) la coupe des extrémités élargies des fibres cristalliniennes. ROHMER.

Contribution à l'histologie comparée de l'iris, par P. BAJARDI (*Archives italiennes de biologie, XIX, p.* 210, et *Gazetta medica di Torino*, 6 *avril* 1893).

On a pour expliquer les mouvements de l'iris, trois théories : 1° celle des deux muscles antagonistes : les fibres sphinctériennes innervées par l'oculo-moteur commun, les fibres radiées innervées par le grand sympathique ; 2° celle du muscle sphinctérien unique, contrebalancé par l'élasticité de la membrane limitante postérieure (Schwalbe, Grünhagen) ; 3° la théorie vasculaire, expliquant les mouvements de la membrane par les variations de ses vaisseaux (Grimelli, Caddi), les substances vaso-constrictives dilatant la pupille : les agents dilatateurs des vaisseaux

rétrécissant la pupille (Mosso). Ces trois théories interviennent peut-être. L'auteur, ayant en vue la seconde, étudie dans quelle mesure le tissu élastique est représenté dans l'iris et de quelle façon il y est disposé. Il étend ses recherches aux oiseaux et aux mammifères. En ce qui concerne l'homme, dans l'iris, entre la couche des vaisseaux et la limitante postérieure, il existe une couche de fibres élastiques radiées qui, en raison soit de leur nombre, soit de leur vigueur et de leur disposition doivent avoir une part dans la dilatation de la pupille.

DASTRE.

Développement des muscles de l'iris chez l'embryon de poulet, par G. DURAND (*C. R. de la Société de biologie*, 4 *mars* 1893).

Chez l'embryon de poulet, le sphincter apparaît le premier, le 9e jour dans la zone pupillaire d'abord et n'atteint qu'ultérieurement le bord ciliaire. Au contraire, les fibres rayonnées commencent à se montrer dans la zone ciliaire, les obliques le 13e jour et les radiées le 19e jour. Les fibres circulaires du bord ciliaire qui se développent après celles de la zone pupillaire, deviennent ensuite plus volumineuses que celles-ci, et c'est sur elles qu'il faut chercher la striation qu'il est possible de constater le 21e jour (fin de l'incubation). DASTRE.

Beiträge zur normalen und pathologischen... (Contribution à l'anatomie normale et pathologique de l'appendice vermiculaire), par RIBBERT (*Archiv f. pathol., Anat. u. Physiol.*, *CXXXI*, 1).

L'appendice vermiculaire atteint sa longueur la plus notable, c'est-à-dire 9 centimètres et demi à l'âge de 10 à 30 ans; à partir de cette époque, il diminue de longueur. Cependant il y a des exceptions; un homme de 70 ans présentait un appendice vermiculaire long de 18 centimètres.

Les follicules clos de l'appendice vermiculaire sont déjà développés chez l'enfant nouveau-né; chez les enfants de divers âges, ils sont nombreux et tassés les uns contre les autres, et ils se maintiennent sous cette forme jusqu'à l'âge de 20 à 30 ans.

Plus tard, ils diminuent de nombre et de volume.

En même temps la lumière de l'appendice disparaît sur une étendue plus ou moins grande, et on assiste à l'oblitération de l'organe. A cet effet, on voit les glandes devenir plus petites et même s'atrophier, et le tissu conjonctif de la muqueuse se fusionne avec celui de la portion de muqueuse qui est en regard. C'est ainsi que l'appendice s'oblitère sur une longueur plus ou moins notable : sur quatre cents cas, *il y avait quatre-vingt-dix-neuf fois une oblitération partielle ou totale*, qui n'est pas le résultat de phénomènes pathologiques, mais constitue un mode de régression ou d'involution normale.

Sur les sujets âgés de plus de 60 ans, la moitié au moins présente un appendice oblitéré.

L'appendice vermiculaire est souvent le siège de tumeurs kystiques, qui ne semblent être que la dilatation des glandes de l'organe.

Souvent on y trouve des calculs de matière fécale. Lorsque ceux-ci sont petits, ils ne sont constitués que par des matières fécales, mais les

calculs plus gros renferment, outre ces dernières matières, une quantité notable de mucus. Ces faits montrent que les matières fécales pénètrent à l'état normal dans l'appendice vermiculaire. ÉD. RETTERER.

Vaisseaux lymphatiques de l'anus, par QUÉNU (*Soc. anat.*, *p.* 399, *juin* 1893).

Des recherches pratiquées sur des enfants montrent, sur seize préparations, comme aboutissants des lymphatiques de l'anus : dans sept cas, le groupe supérieur des ganglions inguinaux; dans cinq cas, le groupe inférieur, dans quatre les deux groupes à la fois. Exceptionnellement, les lymphatiques aboutissent à la fois aux ganglions internes et à des ganglions externes situés en dehors de la ligne de la saphène interne.

En outre, parallèlement aux trois groupes de veines ramenant le sang des parois ano-rectales, existent trois ordres de lymphatiques ano-rectaux : les lymphatiques supérieurs allant aux ganglions, échelonnés le long de la mésaraïque inférieure; les lymphatiques inférieurs sous-jacents au releveur, allant aux ganglions inguinaux; enfin, les lymphatiques moyens sus-jacents au releveur, mais non compris dans le mesorectum, latéralement situés et aboutissant aux ganglions hypogastriques, tantôt au niveau de la division de la veine hypogastrique en son bouquet de branches, tantôt plus bas, au niveau de l'échancrure sciatique.

MAUBRAC.

Ueber die Uterusvenen in normaler... (Sur les veines utérines au point de vue normal et pathologique), par C. HENNIG (*Archiv f. pathol. Anat. CXXXI*, 3).

Hennig décrit les veines utérines en dehors de l'état de grossesse. Il figure les injections qu'il a obtenues et qui montrent le développement énorme des veines utérines formant des plexus qui traversent tout l'organe. Les veines du corps utérin sont en relation plus intime entre elles qu'elles ne le sont avec celles du col utérin. Après avoir pris naissance dans le réseau capillaire qui embrasse les glandes utérines, elles forment des veines de moyen et de gros calibre, dont la direction principale est en bas et en dehors.

Après avoir formé les anses et les dilatations les plus multiples, les veines se divisent en deux groupes principaux : un supérieur ou *utéro-ovarien* et un *inférieur* ou utérin.

Le plexus utérin, après avoir traversé les parois de l'organe et s'être anastomosé largement avec celui de l'autre moitié de l'utérus, va se répandre dans le ligament large de chaque côté de la matrice. Le plexus honteux, qui entoure les parois du vagin, communique avec le plexus précédent, ainsi qu'avec les plexus veineux qui se trouvent sur les parois du bassin. Même en dehors de l'état de grossesse, les veines utérines possèdent une capacité notable, qui n'est nullement en rapport avec le faible calibre des artères correspondantes. La veine utérine communique par un réseau large et à mailles étroites avec le plexus pampiniforme en suivant les trompes de Fallope.

Le ligament rond renferme des veines d'un calibre notable mettant les veines utérines en relation avec les veines sous-cutanées des organes génitaux externes.

Les veines utéro-ovariennes prennent naissance dans le plexus pampiniforme.

Hennig insiste sur la présence des veines coronaires utérines antérieure et postérieure.

Outre la description des veines utérines en dehors de l'état de grossesse, Hennig décrit le développement des mêmes veines pendant la grossesse et celui des vaisseaux lymphatiques. Il y ajoute de nombreuses considérations physiologiques et cliniques concernant les états pathologiques dont l'utérus est le siège. ÉD. RETTERER.

Ueber drüsenähnliche Bildungen in der Schleimhaut des Nierenbeckens, des Ureters und der Harnblase beim Menschen (Sur les formations pseudo-glandulaires de la muqueuse du bassinet, de l'uretère et de la vessie chez l'homme), par A. v. BRUNN (*Arch. f. mik. Anat., XLI*, 2, *p.* 294-302).

On sait que certains auteurs ont décrit dans l'uretère et dans la vessie de véritables glandes tandis que d'autres histologistes en nient formellement l'existence. L'auteur ayant pu examiner, dans de bonnes conditions de conservation, les voies urinaires de deux sujets adultes a constaté la présence dans le bassinet, l'uretère et la vessie, de bourgeons épithéliaux plus ou moins développés, rattachés ou non à l'épithélium et enfoncés dans le stroma conjonctif sous-épithélial. Ces bourgeons sont généralement dépourvus d'une lumière ; les cellules qui les constituent ont les mêmes caractères que celles de l'épithélium dont ils émanent, et rien ne permet de les considérer comme des éléments grandulaires. Par suite, la signification de ces bourgeons est très incertaine. Leur formation résulte sans doute de la manière toute spéciale dont le tissu conjonctif sous-épithélial se comporte. Ce stroma en effet envoie des lamelles perpendiculaires qui s'anastomosent entre elles et découpent plus ou moins profondément l'épithélium. A. NICOLAS.

Sur la signification de la cellule accessoire du testicule et sur la comparaison morphologique des éléments du testicule et de l'ovaire, par A. PRENANT (*Journal de l'anat. et de la physiologie, mai et septembre* 1892).

Dans presque toute la série animale, on trouve, dans le tube séminifère, à côté des cellules indiscutablement séminales, un élément énigmatique, dit cellule de soutien chez les mammifères. L'objet de ce mémoire est de rechercher quelles sont les homologies des cellules séminales et des cellules de soutien du testicule, avec les ovules et les cellules folliculeuses de l'ovisac. A cet effet, l'auteur nous présente une revue complète de tous les travaux publiés sur la spermato-genèse, question tant étudiée dans ces dernières années; il arrive à établir que l'ovule aurait pour homologue la cellule de soutien, tandis que les cellules mères des spermatozoïdes correspondraient aux cellules de la membrane granuleuse de l'ovisac. Dans toute glande génitale indifférente, dans tout testicule ou ovaire jeune, dans tout testicule ou ovaire adulte, on trouve, dit-il, deux formes de cellules, des petites et des grandes. Ces cellules, bien que de formes différentes, sont génétiquement d'une seule sorte, car elles ont une origine commune; physiologiquement elles sont différentes, et c'est à cette différence de fonction que répond la diversité de formes. Dans la glande en activité sexuelle, ce sont, en effet, tantôt les petites, tantôt les grandes qui seront l'élément

essentiel, sexuellement nécessaire, tantôt les petites, tantôt les grandes qui seront accessoires. Dans le testicule, en effet, les petites cellules sont essentielles (cellules séminales) et les grandes accessoires (cellules pédieuses ou de soutien); dans l'ovaire, les grandes sont essentielles (ovules) et les petites accessoires (cellules folliculeuses). M. DUVAL.

PHYSIOLOGIE.

Sur l'influence vaso-motrice du sympathique cervical sur la circulation cérébrale, par E. CAVAZZANI (*Archives italiennes de biologie, XIX, p.* 214, 1893, et *Rivista sperimentale di freniatria e med. legale, XVIII, fasc.* 2).

Voici les conclusions de ce travail : 1° Le sympathique cervical concourt à l'innervation des vaisseaux cérébraux. — 2° Il y concourt avec des fibres vaso-constrictives et des fibres vaso-dilatatrices ; les premières excitables directement par l'électricité, les secondes, par l'électricité en union avec l'excitation anémique. — 3° L'action vaso-motrice du sympathique s'exerce très faiblement dans les conditions normales, tandis que les excitations mécaniques et électriques artificielles provoquent une véritable crampe des vaisseaux. — 4° L'excitation des fibres vaso-dilatatrices est probablement due à l'anémie plutôt qu'à l'abaissement de la pression dans les ramifications vasculaires. DASTRE.

La réaction galvanique des nerfs sensoriels, par KIESSELBACH (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk., III, p.* 245.)

Les conclusions formulées par l'auteur sont les suivantes :

La direction du courant n'a, dans l'excitation des nerfs sensoriels, d'autre signification que celle dérivant de ce fait que, pour chacun de ces nerfs, tout renversement dans le sens du courant amène un renversement des manifestations produites par celui-ci.

Le katélectrotonus au niveau de la partie centrale de ces nerfs augmente pour chacun d'eux l'excitabilité ; l'anélectrotonus, au contraire, l'abaisse.

Le katélectrotonus au niveau de la terminaison centrale d'un nerf sensoriel rend plus excitables toutes les fibres de ce nerf. A l'œil l'excitabilité est surtout augmentée pour les sensations qui sont provoquées par les ondes lumineuses les plus courtes ; à la racine de la langue pour le goût acide.

Lorsqu'il y a anélectrotonus au niveau de la terminaison centrale du nerf : à l'œil la diminution de l'excitabilité est le plus faible pour les sensations qui sont provoquées par les ondes lumineuses les plus longues, aussi la partie du champ visuel qui est obscurcie apparait-elle rouge-brunâtre ou rouge ; à la pointe de la langue le goût déterminé par excitation directe est salé, un peu plus en arrière plutôt amer ; au nez, ainsi

qu'aux oreilles des personnes dont l'ouïe est normale, K. n'est jamais arrivé à déterminer aucune réaction spécifique par l'action de l'anode.

Les manifestations consécutives aux oscillations des courants ne sont, lorsqu'il en existe, nullement dues à ce que le nerf est parcouru par le courant, mais à une excitation mécanique des organes terminaux de celui-ci. PIERRE MARIE.

Ueber Veränderungen der Erregbarkeit durch den faradischen Strom (Modifications de l'excitabilité par le courant faradique), par MANN (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LI*, *p.* 127).

Les courants d'induction très faibles, dont l'intensité reste au-dessous du minimum capable de produire une contraction, ne laissent après un passage de plusieurs minutes de durée dans un muscle ou un nerf, aucune modification de son excitabilité faradique. Les courants d'induction plus forts, qui provoquent une contraction du muscle, diminuent son excitabilité, d'autant plus que leur intensité a été plus grande et que la durée de leur action a été plus longue.

Ces résultats sont les mêmes, qu'on ait agi primitivement sur le muscle ou sur son nerf. La faradisation régulièrement répétée provoque après une série de jours une augmentation de l'excitabilité du muscle ou du nerf faradisé. C. LUZET.

Ueber den Gleichgewichtssinn (Sur le sens de l'équilibre), par F. S. LEE (*Centralblatt für Physiologie*, *VI*, *p.* 508, 1892).

L'auteur a observé les mouvements compensateurs des yeux et des nageoires qui se produisent chez le requin *galeus canis* quand on déplace son corps autour d'un axe longitudinal, d'un axe vertical ou d'un axe transversal. Des mouvements compensatenrs analogues se produisent si l'on excite mécaniquement (par pression au moyen d'une aiguille mousse ou d'un tampon d'ouate) les différentes ampoules des canaux demi-circulaires ce qui s'accorde parfaitement avec l'idée que les canaux demi-circulaires constituent les organes par lesquels l'animal apprécie les changements de position de son corps dans l'espace.

La section isolée des différents nerfs qui se rendent au labyrinthe modifie jusqu'à un certain point les mouvements compensateurs dont il a été question. La section de tous ces nerfs supprime les mouvements compensateurs. L'animal nage indifféremment dans toutes les positions de son corps et ne conserve plus son attitude normale.

L'auteur a fait également des expériences sur les fonctions des otolithes. Nous renvoyons à l'original pour le détail de ces expériences.

LÉON FREDERIDQ.

Pesanteur apparente, verticale apparente et mal de mer, par BÉDART (*Mémoires de la Société de biologie*, 28 *mai* 1892).

Le mouvement du navire en eau agitée peut être représenté, ainsi qu'on le démontre en art naval, par la superposition d'un mouvement pendulaire et d'un mouvement autour d'un axe horizontal. Par suite, le matériel et le personnel embarqués sont soumis aux variations de pesanteur en direction et en intensité qui sont propres à ces mouvements.

En direction, le fil à plomb dont le point de suspension est entraîné dans l'espace, prend une position qui n'est pas la verticale réelle ; c'est la *verticale apparente*, une résultante. En intensité, le poids réel, force de traction exercée par le fil à plomb sur son point d'appui, varie à chaque instant : il y a un *poids apparent* résultant de l'intensité de la pesanteur et de la force qui entraîne le point de suspension. Le corps de l'homme, au lieu d'être sollicité par une force constante, son poids réel, suivant une direction constante, la verticale réelle, est soumis suivant une direction constamment variable à une force constamment variable. De là une perturbation des conditions musculaires et nerveuses de l'équilibre, et une méprise continuelle des mouvements qu'il faut faire pour le maintenir à bord du navire. Le sens du toucher est constamment impressionné par les variations de la pesanteur, puisque c'est lui qui nous la fait connaître : On sent le pont tantôt presser fortement les pieds, tantôt se dérober au point qu'on a l'impression du terrain qui fuit sous ses pieds. Cette sensation de terrain qui se dérobe peut être déjà à elle seule cause de vertige (Aronhson, 1861). C'est la sensation du *faux pas* que l'on éprouve lorsque dans la marche sur un terrain plat, on trouve d'une façon inattendue un accident, une marche de trottoir, ou lorsqu'en montant un escalier on trouve le palier au lieu de la marche attendue. Ce faux pas est capable d'amener un ébranlement nerveux considérable assez grand pour provoquer une sensation d'anxiété précordiale, un certain degré de sueur froide. Une réaction se produit : le corps tout entier se raidit, les forces se concentrent. Toute cette secousse du système nerveux, avec réaction sur le cœur, ne dure qu'un instant. Périodiquement répétée il est naturel qu'elle produise le vertige. A cette cause s'en ajoute une autre, la variation de la direction de la pesanteur. Toutes nos combinaisons de mouvement pour l'équilibre ou la progression sont combinées par rapport à la pesanteur qui est pour nous une force de direction constante. Lorsqu'elle varie, il y a une méprise continuelle sur le résultat de nos combinaisons de mouvements.

Les aveugles ont le vertige nautique : néanmoins le sens de la vue fournit des conditions adjuvantes de la production du mal de mer. Un complément d'éducation de nos sens nous permet d'acquérir l'immunité contre le vertige marin, comme l'éducation du patineur, du valseur, du derviche tourneur fait disparaître le vertige spécial à ces mouvements. DASTRE.

Contribution à la localisation des centres corticaux du langage, par **G. MIN GAZZINI** (*Archives italiennes de biologie*, *XIX*, *p.* 176, 1893, et *Annali di freniatria*, *III*, *novembre* 1892).

Cas de paraphasie et d'aphasie sensorielle, sans aphasie ni agraphie motrices, avec autopsie, conduisant l'auteur aux conclusions suivantes :

1° Le centre des représentations motrices de la parole est situé principalement dans la moitié postérieure de la *pars opercularis* du *gyrus frontalis* inférieur gauche ;

2° La lésion du quart antérieur du *g. temporalis supérior* gauche peut produire par elle-même l'aphasie sensorielle incomplète, égale à celle que l'on observe quand le quart postérieur est lésé. On ne peut

pour cette raison, localiser le centre destiné aux représentations psycho-acoustiques du langage dans une portion déterminée des circonvolutions temporales, supérieure et moyenne, ce centre étant étendu à toute l'aire des circonvolutions susdites. DASTRE.

Nuove ricerche sperimentali sui centri motori corticali della laringe, par G. MASINI (*Boll. delle mal. dell' orecchio, XI*, 7).

M. a poursuivi ses recherches sur les centres corticaux du larynx en isolant l'aire cérébrale au moyen de la cocaïne, injection ou badigeonnage avec une solution colorée qui permet de voir jusqu'où pénétrait le liquide. Voici les conclusions de son travail :

Il existe dans l'écorce cérébrale (chien) deux centres bilatéraux présidant aux mouvements de la moitié opposée du larynx.

Ces centres sont connexes avec les autres centres moteurs et plus particulièrement avec ceux liés à la fonction glottique.

La lésion ou la destruction d'un de ces centres ne donne pas naissance à de la paralysie, mais à de la parésie glottique par suite de l'existence de faisceaux croisés et de faisceaux directs.

Les lésions bilatérales produisent une parésie plus marquée et persistante sans atteindre un degré de paralysie absolue. A. CARTAZ.

Vorläufige Mittheilungen ueber der Mechanismus der Kehlkopfmusculature (Communications préliminaires sur le mécanisme de la musculature du larynx), par NEUMANN (*Centralbl. für medicinische Wissenschaften*, 7 *avril et suiv.*, 1893).

1° Pendant la phonation, les cordes vocales, loin de s'élever, comme beaucoup l'admettent, s'abaissent d'une façon très appréciable ;

2° Le muscle crico-thyroïdien détermine la tension des cordes et aussi, quoique à un faible degré, leur adduction ;

3° Le muscle crico-thyroïdien est un réel adducteur, mais il ne peut déterminer de mouvements rythmiques normaux d'adduction des cordes, après la section des récurrents, ni même réaliser l'occlusion glottique et permettre la phonation. Celle-ci se produit chez les animaux non narcotisés grâce aux muscles extrinsèques du larynx. P. T.

Die Innervation des Musculus crico-thyroideus, par Sigm. EXNER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXI*, 3).

Exner rapporte les expériences qu'il a faites devant la *Société physiologique de Berlin* le 9 décembre 1892 et qui démontrent l'existence du nerf laryngé moyen. En l'excitant sur le lapin et le chien vivants, on voit le muscle crico-thyroïdien se contracter. Il a exposé antérieurement des faits semblables concernant l'homme.

Il continue à maintenir ses premières conclusions, confirmées par Livon : le muscle crico-thyroïdien reçoit une double innervation, l'une plus énergique du laryngé supérieur, l'autre moins intense du plexus pharyngien.

Ces filets moteurs sont indépendants, car les résections du tronc du laryngé supérieur ne paralysent pas le muscle crico-thyroïdien, ce qui

se produirait si le laryngé supérieur était réellement le point d'origine du rameau pharyngien. ÉD. RETTERER.

Manometrische Druckbestimmungen... (Pression manométrique dans un cas de fistule pulmo-cutanée chez l'homme), par H. EICHHORST (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXXII*, 2).

Dans un cas de fistule pulmo-cutanée, il n'était pas possible d'établir une communication entre les voies pulmonaires et la fistule cutanée, lorsque la pression de l'air expiré était au-dessous de 10 millimètres. En mesurant, d'autre part, la pression de l'air dans la respiration calme, on voyait que l'air inspiré avait une pression de 22 millimètres de mercure et l'air expiré, une pression de 44 millimètres. Pendant les accès violents de toux, l'air expiré arrivait à avoir une pression de 72 millimètres de mercure. ÉD. RETTERER.

Rapports entre les allures normales du cheval et les mouvements respiratoires, par L. VARALDI (*Archives italiennes de biologie*, *XIX*, *p.* 261, et *Moderno Zooiatro*, *Turin*, *n°* 9).

Dans le pas, le trot et le galop, le rythme de la respiration coïncide généralement avec celui de l'allure ; à chaque pas, le cheval fait un mouvement respiratoire. La respiration se fait à périodes, c'est-à-dire que la ligne générale du tracé respiratoire thoracique est ondulée. L'acte respiratoire qui se produit à chaque pas concorde, dans ses phases, avec les phases du mouvement des extrémités. La coïncidence des rythmes de l'allure et de la respiration n'est pas due simplement à des conditions mécaniques ou musculaires, mais à des impulsions nerveuses du centre respiratoire en harmonie avec celles qui déterminent les contractions musculaires. DASTRE.

De la densité de sang, sa détermination clinique, ses variations physiologiques et pathologiques, par LYONNET (*Thèse de Lyon*, 1892).

L'auteur s'est servi dans ses recherches du procédé de Roy et Lloyd Jones légèrement modifié; nous ne pouvons nous étendre sur cette partie technique. Voici les résultats de ses recherches. La densité normale du sang est chez l'homme de 1056 à 1060; chez la femme elle est un peu plus faible. Elle dépend surtout de la quantité d'hémoglobine. Elle varie aussi avec l'âge, le sexe, la menstruation, la grossesse, l'accouchement, l'alimentation, la boisson, l'exercice, le sommeil, le pays, le tempérament, les différentes parties du corps, les congestions actives et passives.

Pathologiquement, la densité du sang diminue beaucoup dans les anémies: chlorose (1041,6), anémie pernicieuse, cancer (1039,1), diarrhée chronique, saturnisme, maladies chroniques de l'estomac; mais elle est peu influencée par la tuberculose. Elle est fort variable dans les maladies de la nutrition (diabète), rachitisme, ostéomalacie, rhumatisme chronique, lithiase biliaire. Cependant le diabétique a souvent la densité de son sang augmentée (1062,2). On peut opposer la conservation de la densité normale du sang chez les cardiaques même asystoliques (1059,4) à sa modification chez les brightiques (1051,6). L'auteur croit pouvoir chercher

là un signe différentiel. Dans la fièvre typhoïde, le paludisme, la densité du sang est souvent diminuée; elle augmente dans le choléra: mais il y a là peu de différences importantes. C. LUZET.

Blutuntersuchungen (Recherches hématologiques), par GRAWITZ (*Zeitsch. f. klin. Medicin., XXII, p.* 411-448).

L'introduction du chlorure de sodium, de sulfate de soude, de sulfate de magnésie, dans le sang amène une dilution rapide. Cette dilution est due, comme Heidenhain l'a montré, à l'eau empruntée aux tissus; quand, au contraire, ces sels sont introduits dans le tube digestif, on observe surtout avec le chlorure de sodium le passage du liquide du sang vers l'intestin et l'épaississement du sang. Quand l'estomac est plein d'aliments, cet effet est beaucoup moins marqué et même nul.

Les diarrhées produites par un refroidissement de l'abdomen produisent le même courant vicieux et le même épaississement du sang.

Le serum sanguin amène une dilution analogue à celle des sels introduits directement. Cette dilution est plus marquée quand le serum provient d'un animal d'espèce différente. La bile, au contraire, a une action épaississante, peut-être est-ce aux acides biliaires ou aux produits de fermentation anormale qu'il faut attribuer l'épaississement du sang observé dans quelques affections graves du foie.

Les bouillons de culture du choléra ont aussi une action épaississante quand ils datent de plusieurs jours, qu'ils soient injectés en nature ou après la mort des bacilles. Les bouillons de culture frais n'ont aucune action de ce genre. Même effet pour les bouillons de culture de la diphtérie et G. a pu constater directement chez des diphtéritiques cette augmentation de la densité du sang.

Par contre, les bouillons de culture des microcoques de la suppuration et de la bactéridie charbonneuse produiraient plutôt une dilution légère.

Ces effets doivent entrer en ligne de compte dans les accidents d'intoxication produits par les bactéries, peut-être peuvent-ils devenir l'origine d'indications thérapeutiques. A.-F. PLICQUE.

Cardiographische Untersuchungen (Recherches de cardiographie), par A. SCHMIDT (*Zeitsch. f. klin. Medicin, XXII, p.* 331-411).

Sur la plupart des cardiogrammes on voit nettement l'influence de la contraction et du relâchement des ventricules. Mais pour avoir une interprétation plus exacte il importe toujours de comparer ces cardiogrammes à la courbe de pulsation des grosses artères. La théorie du choc de la pointe du cœur, due à Martin, et d'après laquelle le choc de la pointe ne se produit qu'au moment où le sang n'a pas encore pénétré du cœur dans l'aorte serait inexacte. Les difficultés d'application de la cardiographie à la clinique sont encore très grandes. On doit tenir compte, en effet, des variations de pression extérieure, de la contraction des oreillettes, de l'influence de la respiration. Chez beaucoup de sujets on ne parvient pas d'ailleurs à obtenir des cardiogrammes nets.

A.-F. PLICQUE.

Untersuchungen über die Ursache der Rhythmicität der Herzbewegungen (Recherches sur la cause du rythme des mouvements du cœur), par K. KAISER (*Zeits. f. Biologie, XXIX, p.* 202).

L'auteur résume les résultats de ses recherches de la façon suivante :

1° L'oreillette et le ventricule du cœur de la grenouille se montrent réfractaires aux excitations les plus fortes, lorsque celles-ci les atteignent au moment de la systole ;

2° Une excitation atteignant le ventricule ou l'oreillette pendant la diastole provoque une contraction intercurrente à laquelle fait suite une diastole prolongée ou un arrêt diastolique.

3° Cet arrêt diastolique ne dépend ni de la fatigue du muscle cardiaque ni de celle des ganglions cardiaques, mais est provoqué par l'excitation d'éléments nerveux situés dans le ventricule ;

4° Pendant cet arrêt diastolique, le ventricule montre la même modification de son extensibilité qui a été signalée par différents auteurs pendant l'arrêt dû à l'excitation du vague. LÉON FREDERICQ.

Das Plateau des Kammerpulses (Le plateau de la pulsation ventriculaire), par v. FREY (*Archiv für Physiologie, p.* 1, 1893, *et Centralbl .f. Physiologie, VII, n°* 3, 1893).

V. Frey considère la forme trapézoïde du tracé de pression ventriculaire comme ne répondant pas à la réalité. Si beaucoup d'expérimentateurs en ont recueilli de semblables, c'est qu'en général, ils poussaient la sonde cardiaque trop loin dans le ventricule, il en résultait une obstruction précoce de l'orifice de la sonde, d'où troncature du graphique de systole ventriculaire et production artificielle d'un plateau systolique. L'existence d'un plateau systolique peut également être simulée par une particularité de l'appareil inscripteur, notamment lorsque les excursions de la plume écrivante ne sont pas proportionnelles aux augmentations de pression, mais diminuent d'amplitude à mesure que la pression monte. Il en résulte que le sommet d'une courbe à colline plus ou moins aiguë s'aplatira et pourra ressembler à un plateau.

L'auteur soumet les graphiques publiés par Chauveau, Marey, Hurthle, etc., à un examen critique ; il cherche à prouver que toutes les conditions expérimentales qui empêchent la déplétion complète du ventricule ont pour effet de supprimer le plateau systolique sur ces graphiques, parce que dans ce cas la sonde ne peut être obstruée. Lui-même obtient à volonté avec son tonomètre suivant la position de la sonde dans le ventricule, des tracés avec ou sans plateau.

Il admet que la forme normale du tracé de pression intra-ventriculaire est une colline simple à sommet plus ou moins aigu, identique au tracé de secousse musculaire simple du muscle cardiaque. L. F.

Das Plateau des Kammer-und Aortenpulses (Le plateau de la pulsation ventriculaire et aortique), par Léon FREDERICQ (*Centralbl. f. Physiologie, VII, p.* 39, 1893).

La forme des tracés ventriculaires ne dépend pas de la position donnée à la sonde, mais bien de l'instrument enregistreur. Avec le tonomètre

de v. Frey, l'auteur n'obtient que des tracés en forme de colline simple, tandis que le plateau systolique à trois ondulations se retrouve sur les tracés recueillis au moyen du sphygmoscope de Chauveau-Marey ou des manomètres de Gad et de Hurthle. Le plateau systolique se voit encore sur les tracés aortiques et même sur ceux de la carotide, tracés dans la production desquels l'obstruction de la sonde ne peut jouer aucun rôle.

LÉON FREDERICQ.

Ueber die durch das Blut bewirkten Oxydationsvorgänge (Sur les oxydations provoquées par le sang), par E. SALKOWSKI (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 849, 1892).

Jacquet a montré récemment que l'alcool benzylique et l'aldéhyde salicylique ne sont pas oxydés par le simple contact du sang, mais que l'oxydation se produit au contact des tissus ou au contact de l'extrait aqueux. L'agent actif qui provoque l'oxydation serait un ferment soluble contenu dans les tissus.

L'auteur a réussi à obtenir l'oxydation de l'aldéhyde salicylique, sans l'intervention des tissus, et par la seule action du sang. Il faut pour cela que le sang soit divisé en fines gouttelettes, « *pulvérisé* ». L'auteur se propose de reprendre ces expériences en opérant sur des substances hydrocarbonées. LÉON FREDERICQ.

Stoffwechselversuche an einem Mädchen im Alter von 1 Jahr und 2 Monaten (Échanges nutritifs chez une petite fille âgée d'un an et deux mois), par W. CAMERER (*Zeits. f. Biologie*, *XXIX*, *p.* 227, 1893).

Sujet pesant 10,300 grammes, mesurant 75 cent. 5, nourri de lait de vache, de bouillie au biscuit, œufs, pommes, etc. Dosage des excréta pendant 4 jours consécutifs. Moyennes : quantité d'urine 755 grammes, azote total 3,772 grammes, azote d'après Hüfner 3,404 grammes, urée d'après Hüfner 7,284 grammes, acide urique d'après Haycraft 169 milgr.8, azote des composés xanthiques 3 milgr. 3. LÉON FREDERICQ.

Ueber den Eiweissbedarf der Tropenbewohner... (Sur le besoin d'une nourriture albuminoïde chez les habitants des tropiques ; remarques sur les échanges nutritifs et la production de chaleur dans les climats torrides), par C. EIJKMAN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXI*, 1).

Une série de recherches faites sur des Européens, vivant depuis quelques mois jusqu'à plusieurs années dans les Indes, ont donné les résultats suivants au point de vue de l'excrétion de l'azote par l'urine.

Six Européens, tout récemment venus dans les Indes, excrètent par jour près de 15 grammes d'azote dans leurs urines, soit $0^{gr},266$ par kilogramme du poids du corps. Onze autres Européens, fixés depuis des années dans les Indes, excrètent en moyenne 13 grammes d'azote par leurs urines, soit $0^{gr},193$ par kilogramme du poids du corps.

En comparant ces deux chiffres, Eijkmann est porté à croire qu'il ne s'agit pas d'une diminution des produits azotés chez les individus acclimatés dans les régions tropicales ; il pense plutôt que les personnes récemment arrivées dans les climats torrides présentent une augmentation dans le dédoublement des substances albuminoïdes. En un mot,

les tropiques n'exercent aucune influence sur le dédoublement plus notable des albuminoïdes.

La perte de substances azotées par la peau est de 1 gramme à 1gr,5 pendant le travail modéré et augmente légèrement avec de fortes sueurs.

Quant à l'excrétion des substances azotées par les fèces, elle est de 18 0/0 chez les Européens qui usent d'aliments d'origine animale, et de 21 0/0 chez les Malais, qui se nourrissent essentiellement de riz.

En résumé, les Européens acclimatés pesant 66 kilogrammmes, excrètent par les urines et la sueur 14 grammes d'azote par jour, ce qui correspond à un échange nutritif de 87gr,5. Chez les Malais, pesant 50 kilogrammes environ, les échanges nutritifs, au point de vue des substances azotées, portent sur 50 grammes environ. ÉD. RETTERER.

Etude quantitative sur le régime alimentaire des Abyssins, par L. LAPICQUE (*C. R. de la Société de biologie*, 4 *mars* 1893).

L'auteur a étudié le régime de soldats abyssins au service de l'Italie à Massaua. Il évalue la ration aux chiffres suivants : albumine, 50 grammes ; amidon, 360 grammes ; graisse, 30 grammes ou en calories (en acceptant le chiffre 4, 5 ; 4, 5 et 9 pour coefficient) un total de 2,100 calories. Les guerriers abyssins en campagne absorbent un total représentant 1,935 calories avec 50 grammes d'albumine. Pour les Abyssins de Massaua faisant métier de portefaix : 2,300 calories avec 50 grammes d'albumine ; pour les femmes publiques: 2,400 calories avec 50 grammes d'albumine. A Asmara, 3,300 calories avec 78 calories pour les soldats indigènes. — En résumé, le régime des Abyssins est essentiellement végétal ; le sel est considéré comme indispensable ; le goût des épices est très vif. La valeur totale de la ration journalière est de 2,000 à 2,800 calories dont la plus grande partie est fournie par les hydrates de carbone : l'albumine est d'environ 50 grammes. DASTRE.

Ueber den Einfluss von Ruhe, mässiger Bewegung... (De l'influence du repos, d'un exercice modéré ou du travail corporel sur la digestion stomacale de l'homme), par SPIRIG (*Dissertation inaugurale, Berne*, 1892).

Lorsqu'on garde le repos à la suite du repas, l'acidité du suc gastrique atteint son maximum ainsi que les quantités de peptones et de propeptones ; la motilité stomacale est réduite au minimum. Sous l'influence d'un exercice modéré, la quantité d'acide, celle de peptones et de propeptones diminuent, tandis que la motilité de l'estomac s'accentue ; les autres facteurs de la digestion stomacale (digestion des substances amylacées, sécrétion de la pepsine, résorption, etc.) ne sont pas modifiés. Lorsqu'on se livre à un travail corporel énergique, l'acidité, la peptonisation, la motilité stomacale sont modifiées comme par l'exercice modéré ; on constate seulement parfois un arrêt de la digestion stomacale dans la première heure qui suit le repas d'épreuve d'Ewald.

L'exercice modéré est à recommander aux individus atteints d'hyperacidité gastrique.

Il faut remarquer que le repas d'Ewald n'est pas un repas normal et que la méthode du salol employée pour apprécier le degré de motilité de l'estomac n'est pas à l'abri de tout reproche. LEFLAIVE.

Ueber die Folgen einer ausreichenden... (Sur les conséquences d'une alimentation suffisante, mais pauvre en substances albuminoïdes), par **I. MUNK** (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., CXXXII*, 1).

Munk rapporte une série d'expériences faites sur les chiens pour montrer la nécessité d'une alimentation albuminoïde.

Une alimentation pauvre en matières albuminoïdes nécessite une plus grande quantité d'autres aliments. Une nourriture pauvre en azote fait disparaître l'appétit chez les animaux; de bonne heure on voit le chien refuser les aliments et être pris de vomissements même lorsque l'estomac est vide. Dans ces conditions, il suffit de servir à l'animal de la viande pour qu'il se remette dans l'espace de deux à huit jours.

Au bout de quelque temps qu'on a institué une alimentation pauvre en matières azotées, les aliments sont incomplètement digérés et absorbés dans l'intestin, bien qu'au début ces aliments aient été bien digérés et absorbés.

Ce sont surtout les matières grasses qui passent dans le tube digestif sans subir de modifications.

Ces faits expliquent la perte de forces et celle du poids du corps de l'animal en expérience.

Ce mauvais état de la digestion est dû essentiellement à la diminution des sécrétions des sucs digestifs, surtout à la faible quantité de bile versée dans l'intestin. La bile diminue dans des proportions considérables (au tiers et à la moitié), en même temps que les matières fécales deviennent jaunâtres ou grisâtres.

Ces faits concordent avec les résultats d'autres expériences faites sur le porc et ceux qu'on a obtenus chez l'homme. Chez ce dernier, il faut une alimentation dans laquelle entrent par jour au moins *cent* grammes de substances albuminoïdes. ÉD. RETTERER.

Untersuchungen an zwei hungernden Menschen (Recherches sur deux jeûneurs) par **Curt LEHMANN, F. MUELLER, I. MUNK, H. SENATOR, N. ZUNTZ** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXXXI. Supplément*).

Les recherches suivantes portent sur deux jeûneurs, Cetti et Breithaupt; le premier se soumit à un jeûne de 10 jours, pendant lequel il buvait de l'eau à volonté et fumait des cigarettes ; le second jeûna le même laps de temps, buvant de l'eau à volonté mais sans fumer.

Les résultats principaux des observations faites sur ces deux individus sont les suivants : Le poids du corps diminua de 7 kilogrammes environ chez Cetti, mais cette diminution se faisait d'une façon inégale et irrégulière. Breithaupt ne perdit que 603 grammes en moyenne par jour. La circonférence des extrémités diminua beaucoup, ce qui est dû à la disparition de la graisse et à l'amoindrissement des masses musculaires.

Le chiffre normal des globules rouges étant de 5 millions par millimètre cube, on constata chez les deux jeûneurs une augmentation du nombre des globules rouges, soit de plus de 1 million par millimètre cube chez Cetti. Les globules augmentent dans un volume donné de sang, parce que celui-ci perd une forte proportion de son eau ; c'est le volume du plasma sanguin qui diminue.

L'hémoglobine devint moindre chez Cetti et plus abondante chez Breithaupt.

On observa, chez Cetti le 5e jour, chez Breithaupt le 4e jour, une teinte ictérique de la conjonctive, ce qui concorde avec ce fait, à savoir que l'urine des chiens renferme de la bilirubine pendant l'inanition.

Les fèces d'inanition se produisirent chez les deux jeûneurs, 38 grammes chez Cetti le 10e jour et 12 grammes chez Breithaupt le 6e jour. Ces fèces étaient remarquables par leur richesse en azote et par la présence de cristaux d'acides gras.

Malgré l'absorption de quantités notables d'eau, les deux jeûneurs perdirent par l'urine et la perspiration plus d'eau qu'ils n'en absorbèrent par le tube digestif. L'acidité de l'urine augmentait du premier au dixième jour. L'élimination de l'azote par l'urine s'abaissa de 1/4 pendant la période de jeûne ; par conséquent, l'homme se nourrit aux dépens de son propre corps pendant l'inanition. Les deux jeûneurs avaient plutôt une constitution maigre, et les substances albuminoïdes du corps servaient directement à la formation des principes azotés de l'urine.

Pendant toute la période de jeûne et lorsque le jeûneur est au repos, l'oxygène était consommé d'une façon régulière et constante et cette consommation augmente à mesure que le jeûne se prolonge. En résumé, les observations précédentes faites sur l'homme confirment d'une façon générale les résultats qu'on avait obtenus sur les animaux pour ce qui concerne l'inanition. Outre la désassimilation considérable de substances albuminoïdes, il convient d'insister encore sur l'élimination de proportions considérables de chlore, sur la formation des principes de la série aromatique (phénol, indol) dans l'intestin. Un résultat intéressant et tout à fait nouveau consiste dans l'abondance des phosphates de chaux et de magnésie dans les urines des jeûneurs ; or ces sels ne pouvant provenir que de la désassimilation de la substance osseuse, on voit que le tissu osseux subit une perte notable pendant le jeûne.

En faisant faire à Breithaupt un travail musculaire pendant les jours de jeûne, on constata que le travail même modéré donnait lieu à une consommation plus forte d'oxygène. Il est probable que les efforts que l'homme pourrait déployer pendant l'inanition sont très bornés, parce que le cœur se fatigue très vite et met un terme au travail qu'on voudrait accomplir.

ED. RETTERER.

Sur les altérations des os produites par l'inanition, par Gusmitta MARIO (*Archives italiennes de biologie*, *XIX*, *p.* 220, *et Giornale internat. delle scienze mediche*, *XV*, *fasc.* 3, 1893).

L'auteur enlève à un animal un organe, et l'examine au point de vue de ses caractères morphologiques, physiques et chimiques. Il laisse ensuite mourir l'animal d'inanition et examine comparativement l'organe symétrique. Il opère sur les lapins et surtout sur les chiens. — Les os diminuent de poids, de volume, de densité. Ils augmentent en porosité. Ils présentent une légère augmentation de l'eau et une diminution uniforme de tous les composants organiques et inorganiques de l'os, un rapport se maintenant entre le phosphate de chaux et l'osséine. Ils montrent à l'examen histologique un léger grossissement des corpuscules

osseux et une légère dilatation des canaux de Havers. Les cellules osseuses sont à peine altérées. La substance médullaire présente une diminution évidente des cellules adipeuses. DASTRE.

Ueber das Verhalten der Pentosen im Thierkörper (Transformation des pentoses dans l'organisme animal), par E. SALKOWSKI (*Centralbl. f. med. Wiss., p.* 193, 1893).

Après ingestion de 10 à 15 grammes d'arabinose (hydrocarboné contenant 5 atomes de carbone), on constate chez les lapins à jeun (depuis 5 jours), une néoformation de glycogène dans le foie (0,05 à 2 grammes). Un cinquième environ de l'arabinose ingérée fut éliminé par les urines. Le sang contenait un peu d'arabinose, les muscles en contenaient beaucoup.

On sait que chez l'homme, l'arabinose traverse l'organisme sans éprouver de changement (Ebstein).

Cremer (*Sitzungsber. d. Ges. z. Morph. u. Physiol. zu München.* 1893) a constaté également la formation de glycogène hépatique après ingestion d'arabinose. LÉON FREDERICQ.

Ueber Glycogengehalt des Sudamerikanischen Fleischextractes (Sur le glycogène de l'extrait de viande), par KEMMERICH (*Centralbl. f. med. Wiss., p.* 209. 1893).

L'extrait de viande de Kemmerich contient 11 à 12 0/0 de glycogène, celui de Liebig 5 à 6 0/0. L'auteur y voit une preuve que ces extraits sont préparés correctement avec de la viande fraîche. Il fait remarquer également que l'ingestion de son extrait de viande relève promptement les forces et produit une légère augmentation de la température interne. L. F.

Alimentare Glycosurie, par G. BLOCH (*Zeitsch. f. klin. Medicin, XXII, p.* 525-534).

Les affections nerveuses et surtout les affections cérébrales sont une cause fréquente de la glycosurie alimentaire. Toutes les fois que l'ingestion de cent grammes de glycose amène la glycosurie on peut en conclure que l'assimilation est notablement diminuée. La glycosurie alimentaire ne s'observe que rarement dans la dépression générale, dans la dépression circulatoire due aux dégénérescences amyloïdes, aux lésions cardiaques, dans les maladies respiratoires avec diminution du champ de l'hématose (emphysème, phtisie), dans les maladies du sang (anémie, leucémie). Toutes ces affections n'ont qu'une influence peu marquée. L'action des maladies du foie est moins marquée qu'on ne pourrait le supposer. Même dans des cas de dégénérescence ou d'atrophie complète du foie, la dose de 100 grammes amène rarement la glycosurie.

A.-F. PLICQUE.

Sur les causes de l'hyperglycémie relativement à la pathogénie du diabète, par CAVAZZANI frères (*Archives italiennes de biologie, XIX, p.* 270, 1893).

Chauveau et Kauffmann ont établi que le sucre du sang artériel conserve toujours sa prépondérance sur le sucre du sang veineux et que

par conséquent le diabète est dû à une exaltation de la production du glucose. Les auteurs réclament la priorité de cette assertion. On anesthésie légèrement un chien au moyen du chloral, on dénude une veine sus-hépatique et on recueille le sang. On excite électriquement le plexus cœliaque et on recueille le sang. Dans tous les cas l'excitation a eu pour résultat d'augmenter le sucre du sang qui revient lentement au chiffre primitif. Le diabète serait dû à une lésion de filets nerveux se rendant au foie. DASTRE.

Sur l'absorption intestinale des substances insolubles, par S. TOMASINI (*Archives italiennes de biologie, XIX, p.* 176, *et Riforma medica*, 7 *octobre* 1892).

En sequestrant une anse d'intestin et en y introduisant des grains d'amidon et de lycopode, l'auteur a vu qu'ils étaient absorbés comme tels et traversaient plusieurs couches de la paroi intestinale. L'absorption du calomel par l'intestin aurait lieu comme tel, sans transformation préalable en bichlorure mercurique, ainsi que le croient la plupart des pharmacologistes. DASTRE.

Le paradoxe de Weber et le tétanos d'ouverture de Ritter, par A. ROUXEAU (*C. R. de la Soc. de biologie*, 22 *avril* 1893).

On ne peut regarder comme exemples positifs du paradoxe de Weber (allongement du muscle excité) les expériences faites sur les pinces des crustacés, mais seulement celles faites sur un muscle isolé (hyoglosse de Weber). Lorsque l'on fait passer un courant continu ascendant ou descendant fort dans un nerf moteur, il y a à la rupture du circuit un tétanos d'ouverture durant dix secondes, disparaissant quand on referme le circuit dans le même sens, renforcé quand on le ferme en sens opposé. Ce tétanos de Ritter a été reproduit par Boudet de Pâris (1888) sur le muscle avec courants faibles, ascendants ou descendants, au bout d'une minute; de même par l'auteur sur l'hyoglosse de grenouille ou la pince d'écrevisse; et, alors, toutes les ouvertures pratiquées ensuite, sans condition de durée préalable, donneront une contraction et toute fermeture un relâchement. Ce relâchement donne l'illusion d'un allongement du muscle au moment d'une excitation.

En somme, on donne comme exemples du paradoxe de Weber ce qui n'est que la cessation du tétanos de Ritter. DASTRE.

I. — Mécanisme de production des contractures du tétanos.

II. — Quelques points de la pathogénie des contractures du tétanos, par J. COURMONT et M. DOYON (*Archives de physiologie, p.* 64 *et* 114, *janvier* 1893).

I. — Les contractures tétaniques ne reconnaissent pas pour cause essentielle une action du poison tétanique sur la fibre musculaire, ou sur les nerfs moteurs, ou sur les centres nerveux médullaires. Elles sont le fait d'un réflexe produit par l'action du poison tétanique sur les extrémités périphériques des nerfs sensitifs. Chez les mammifères, certains muscles contracturés depuis un temps suffisant peuvent subir des altérations qui leur font conserver cet état après la neutralisation de

l'influence nerveuse. Ce fait, qui pourrait induire en erreur pour l'interprétation des phénomènes, ne s'observe pas chez la grenouille.

II. — Autokratow est arrivé aux mêmes conclusions. Les auteurs établissent que les expériences du physiologiste russe ne comportent pas la conclusion qu'il en a déduite. Ils ajoutent que le muscle contracturé depuis un temps suffisant ne revient pas toujours sur lui-même lorsqu'on le soustrait à toute influence nerveuse. DASTRE.

I. — Sur la fonction thyroïdienne, par G. MOUSSU (*C. R. de la Société de biologie*, 15 *avril* 1893).

II. — Nouvelle preuve de l'importance fonctionnelle des glandules thyroïdes, par E. GLEY (*Ibidem*).

I. — En plus des deux parathyroïdes normales enclavées dans l'épaisseur de la glande principale chez le chien, il existe fréquemment des parathyroïdes supplémentaires, jusqu'à deux et trois, d'un même côté, accolées au corps thyroïde, dans le tissu conjonctif parathyroïdien ou prétrachéal, ou le long des ramifications des artères thyroïdiennes.

II. — Les organes précédents peuvent suffire à remplir la fonction thyroïdienne quand la glande principale a été extirpée, en respectant les glandules et leur irrigation sanguine. Sur six animaux, quatre ont survécu. DASTRE.

Différentiation des organes de la sensibilité thermique et du sens de la pression, par E. CAVAZZANI (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 413, 1892, *et Riforma medica*, *n°* 67, *mars* 1892).

Il y a dans la peau de l'homme des localités sensibles (soit à la pression, soit à la température) entourées d'une zone insensible (Magnus-Blix, Goldscheider). Il y a des terminaisons spéciales pour le sens thermique.

L'auteur a observé à la clinique de Padoue un cas qui démontre que, par suite de la lésion du nerf médian et du nerf cubital, le sens de la température peut disparaître, tandis que celui de la pression subsiste, et *vice versâ*. Ce cas serait plus caractéristique que les quatre autres connus dans la science et dus à Nothnagel, Berger (1872), Ziehl (1889) et Pick (1888). DASTRE.

Die colorimetrische Methode, angewandt bei der Untersuchung der Resorption in die vordere Augenkammer (Emploi de la méthode colorimétrique pour l'étude de la résorption dans la chambre antérieure de l'œil), par L. BELLARMINOFF (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 802 *et* 832, 1893).

L'auteur instille une solution saturée de fluorescine à la surface de l'œil (cocaïnisé) du lapin et recherche ensuite cette substance dans le liquide de la chambre antérieure. Il la dose par la méthode colorimétrique, en comparant le liquide obtenu par ponction de la chambre antérieure avec une série de solutions de fluorescine de titre connu.

La résorption est plus active sur le vivant qu'immédiatement après la mort; elle est 50 à 100 fois plus active après enlèvement de la couche superficielle de l'épithélium cornéen; elle est 1 1/2 à 2 fois plus active pendant l'excitation du sympathique cervical, 2 à 5 fois moins active

après section du sympathique ou extirpation du ganglion cervical supérieur. Après section du trijumeau, on observe immédiatement diminution, puis 1 1/2 à 2 heures après, augmentation modérée, puis au bout d'un ou deux jours, augmentation énorme de la rapidité de résorption. Il y a également augmentation de la résorption à la suite d'inflammation, d'instillation de cocaïne (paralysie des terminaisons du trijumeau, d'excitation des terminaisons du grand sympathique, diminution de la pression intra-oculaire, tendant à l'exfoliation de la cornée par la cocaïne). L'excitation réflexe du trijumeau par la nicotine, l'augmentation de pression intra-oculaire provoquée par injection de liquide dans le corps vitré ont pour effet de réduire à la moitié ou au tiers la quantité de fluorescine résorbée. Dans toutes ces expériences la fluorescine fut instillée dans les deux yeux, tandis que l'opération proprement dite de section, d'excitation de nerf, etc., ne fut pratiquée que sur un œil, l'autre servant de témoin.

LÉON FREDERICQ.

Die Centralorgane der statischen Functionen des Acusticus (Les organes centraux des fonctions statiques de l'acoustique), par R. WLASSAK (*Centralbl. f. Physiologie, VI, p.* 457).

L'extirpation unilatérale du labyrinthe pratiquée chez la grenouille produit une prédominance d'action des fléchisseurs et adducteurs d'une moitié du corps et des extenseurs et abducteurs de l'autre moitié.

L'hypothèse d'Ewald en vertu de laquelle le labyrinthe influence le tonus musculaire par l'intermédiaire du système nerveux central donne une explication satisfaisante de ces faits. L'auteur a constaté que l'ablation des hémisphères cérébraux, des lobes optiques et du cervelet ne modifiait pas les résultats de l'expérience d'ablation unilatérale du labyrinthe. C'est donc par l'intermédiaire de centres situés dans la moelle allongée dans le voisinage de l'origine de l'acoustique que le labyrinthe influencerait le tonus musculaire. L'auteur a étudié également les voies par lesquelles cette influence se fait sentir dans la moelle épinière.

LÉON FREDERICQ.

La simultanéité et la succession des impulsions volontaires symétriques, par L. PATRIZI (*Archives italiennes de biologie, XIX, p.* 126, 1893, *et Giornale della R. Accad. di Torino*, 17 *février* 1893).

Si une personne soulève deux haltères de poids égal, en opérant au son d'un métronome, on observe, quand l'épuisement survient, que l'accord entre les mouvements symétriques des deux bras tend à se rompre et que le mouvement de la main gauche retarde sur l'autre. Il s'agit de savoir si le cerveau se fatigue davantage de la simultanéité ou de l'alternance des ordres qu'il envoie. L'auteur se sert de l'ergographe et constate que la somme des kilogrammètres est plus élevée avec l'alternance qu'avec la simultanéité. Ainsi la succession de deux efforts est plus avantageuse pour le système nerveux central que la simultanéité.

DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

Parallèle de la coagulation du sang et de la caséification du lait, par Maurice ARTHUS (*C. R. de la Société de biologie*, 22 *avril* 1893).

Le sang extrait des vaisseaux et le lait caséifié par le lab-ferment donnent un caillot de même aspect, qui se rétracte de même, expulse un sérum clair albumineux et salé, et emprisonne les éléments suspendus, globules du sang ou du lait. La température agit de même dans les deux cas. Les facteurs sont de même espèce, lab-ferment et fibrino-ferment. Les sels de chaux sont également nécessaires, le sang décalcifié et le lait décalcifié ne coagulant point. La coagulation est dans les deux cas un dédoublement du fibrinogène en fibrine et albuminoïdes solubles (globuline), de la caséine en caséum et albuminoïde soluble (protéose). Le fibrinogène et la fibrine sont des globulines coagulant à 56 degrés; le caséum et la caséine sont des caséines. Les différences de la coagulation et de la caséification sont les suivantes : le battage permet de retirer la fibrine et non le caséum; le fibrino-ferment n'agit pas, le lab-ferment agit sur les liquides décalcifiés; les sels de strontium, baryum, magnésium remplacent le calcium dans le caséum; le strontium seul dans la fibrine. DASTRE.

I. — Sur un ferment soluble nouveau dédoublant le tréhalose en glucose, par E. BOURQUELOT (*C. R. de la Société de biologie*, 22 *avril* 1893).

II. — Inulose et fermentation alcoolique indirecte de l'inuline (*Ibidem*, 6 *mai* 1893).

I. — Le tréhalose est un sucre extrêmement répandu dans les champignons. L'auteur l'a trouvé 142 fois sur 212 espèces. Ce sucre précède le glucose et donne naissance à celui-ci sous l'influence d'un ferment soluble. On peut extraire le ferment des cultures de l'aspergillus niger sur le liquide de Raulin. Il transforme complètement le tréhalose qui apparaît ainsi comme un di-glucose. Il est mêlé d'invertine, de diastase et de maltase, qui d'ailleurs n'ont pas d'action sur le tréhalose; l'auteur le nomme tréhalase. On connaît donc aujourd'hui trois ferments solubles des saccharoses : invertine ou sucrase, maltase et tréhalase.

II. — J. R. Green (1888) a trouvé l'inulase, ferment qui transforme l'inuline en lévulose. B. l'obtient comme le précédent, avec les cultures d'aspergillus. Il résiste facilement à la température de 64°. En associant la levure à l'aspergillus, on peut déterminer une fermentation alcoolique.

Sur le sucre des muscles, par A. PANORMOFF (*Zeitschr. f. physiol. Chem.*, *XVII*, *p.* 597).

Après la mort, le glycogène disparaît constamment dans les muscles,

comme dans le foie; l'auteur l'a constaté en commun avec Cramer (*Bulletin de la Soc. des Naturalistes de Kasan*, n° 119). Que devient ce glycogène? On trouve à ce sujet, dans la science, des opinions contradictoires.

L'auteur a étudié la production de sucre dans les muscles du chien et dans ceux de deux poissons, le brochet et un silure (silurus glanis). Il a reconnu dans ces muscles la présence de glucose, caractérisé par la formation de la phénylglucosazone de E. Fischer. Chez le chien, la teneur des muscles en glucose, immédiatement après la mort, est très faible et ne dépasse pas 0,03 0/0, mais augmente un peu après la mort. Ce fait est surtout remarquable dans les muscles des poissons qui renferment d'ailleurs plus de glucose; on en a rencontré jusqu'à 0,1 0/0. Cette augmentation du glucose est corrélative d'une diminution de la quantité de glycogène; mais, en même temps, intervient un autre phénomène, la transformation du glucose formé en acide lactique, dont la quantité va en augmentant constamment après la mort.

L'auteur n'a pas pu retrouver dans les muscles du *maltose*, dont Pavy avait signalé l'existence (*The Lancet*, 1881, p. 5 et 43).

FERNBACH.

Beiträge zur Chemie d. quesgertreiften Muskels... (Etudes sur la chimie du muscle strié, avec considérations sur la rigidité cadavérique et certaines intoxications), par A. HEFFTER (*Archiv für exper. Path. u. Pharm.*, *XXXII*).

L'extrait alcoolique de muscle frais au repos du chat et de la grenouille a une réaction acide. Cette acidité est très nette si l'on s'adresse à la phénolphtaléine, réactif très sensible aux acides organiques et peu sensible aux bases. La réaction est toujours alcaline avec le papier de tournesol, plus sensible aux bases.

Pendant la rigidité cadavérique, l'acidité augmente régulièrement pour les deux indicateurs, mais assez faiblement. La quantité de l'extrait alcoolique est augmentée.

Le muscle frais au repos contient toujours de l'acide lactique, une petite partie à l'état libre, la plus grande à l'état de sels. Pendant la rigidité cadavérique, il n'y a aucune augmentation de l'acide lactique libre ou combiné. La production d'acide lactique n'a donc lieu que dans le muscle vivant.

Les poisons tétanisants diminuent la teneur en acide lactique des muscles.

L'intoxication oxycarbonée, l'altération directe des éléments cellulaires (phosphore), la cessation du tonus chimique (curarine) déterminent une diminution de l'acide lactique musculaire, libre et combiné. Il reste à établir si cette diminution dépend d'une absorption plus considérable de l'acide lactique par le sang, ou bien d'une diminution ou même d'une suppression de la production d'acide lactique. Il n'est pas possible d'établir sûrement l'influence de l'intoxication arsénicale sur la teneur du muscle en acide lactique.

PAUL TISSIER.

Beitrag zur Kenntniss... (De la manière dont se comporte l'acide chlorhydrique en présence des albuminoïdes, envisagées au point de vue de l'examen chimique du suc gastrique), par L. SANSONI (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 42, *p.* 1043, *et n°* 43, *p.* 1084, 17 *et* 24 *octobre* 1892).

En étudiant des mélanges d'albumine ou de peptone et d'acide chlorhydrique, l'auteur arrive aux mêmes conclusions que Mizerski et Nencki, sans toutefois conclure comme eux à la formation de combinaisons définies d'albumine et d'acide chlorhydrique.

Sansoni reproche aux expérimentateurs russes d'avoir négligé de faire varier les proportions respectives d'acide chlorhydrique et d'albumine. Ils auraient vu que les proportions d'acide chlorhydrique fixées varient également. Ce reproche est tout en faveur des expériences de Mizerski et Nencki, car lorsqu'il s'agit de contrôler une méthode, il importe avant tout de déterminer si cette méthode donne, dans les mêmes conditions opératoires, des résultats constants.

Aussi les conclusions que Sansoni tire de ses recherches faites *in vitro* touchant la méthode d'analyse de Winter, qu'il considère comme défectueuse pour le dosage de l'acide chlorhydrique libre, ne sont-elles pas fondées. L'organisme peut suivant l'état de l'estomac réaliser des conditions variables que l'analyse doit traduire purement et simplement.

J. B.

La méthode de Sjöqvist pour la détermination de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique, par S. BONDZYNSKI (*Zeitschr. f. anal. Chemie*, *XXXII*, *p.* 296).

L'auteur a modifié la méthode de Sjöqvist de la manière suivante. On dissout, dans une capsule de platine, 1 gramme de carbonate de baryum pur dans l'acide acétique, on évapore à sec, et on ajoute ensuite 25 centimètres cubes de suc gastrique filtré, et du carbonate de baryum; on évapore ensuite, on sèche le résidu et on le calcine au rouge sombre jusqu'à ce que les cendres soient blanches ou grises. On épuise ces cendres par l'eau chaude de manière à avoir 100 à 120 centimètres cubes de liquide. Le baryum est dosé en poids dans la liqueur filtrée. Mais lorsqu'on veut aller vite, on peut se contenter d'un dosage volumétrique : on recueille la liqueur filtrée dans un vase jaugé de 125 centimètres cubes, on ajoute 25 centimètres cubes de carbonate de sodium décinormal, on remplit le vase jusqu'au trait avec de l'eau, et dans 100 centimètres cubes du mélange filtré, on titre l'excès de carbonate de sodium. Si on représente, en centimètres cubes, cet excès de solution alcaline décinormale, $(20 - \alpha) \times 5$ est la teneur en acide chlorhydrique de 100 centimètres cubes de suc gastrique, exprimée en centimètres cubes d'acide chlorhydrique décinormal.

La modification de la méthode repose sur les observations suivantes. Le chlorure de baryum ne se décompose pas au rouge lorqu'il est seul ; mais, en présence de matières albuminoïdes, une partie de ce sel est décomposée, en donnant avec le phosphore et le soufre de la matière albuminoïde du phosphate et du sulfate de baryum, de sorte qu'une portion de la baryte échappe au dosage, et qu'on trouve à l'analyse des

chiffres trop faibles. Cette décomposition devient nulle ou négligeable en présence d'acétate de baryum. FERNBACH.

Essai de la pepsine, par P. VAN ASPEREN (*Pharm. Centralhalle*, *XXXIII*, *p.* 584).

On traite l'albumine d'un œuf de poule par l'eau et par 12 grammes d'acide chlorhydrique étendu; on filtre, on amène le poids de la liqueur filtrée à 400 grammes en y ajoutant de l'eau; on ajoute 25 centigrammes de la pepsine à essayer, et on fait digérer pendant 5 heures à 40°. Au bout de ce temps, la liqueur ne doit plus donner les réactions de l'albumine. FERNBACH.

Recherches sur le processus de peptonisation dans l'estomac, par MATHIEU et HALLOPEAU (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 3).

La richesse maxima du suc gastrique en peptones coïncide avec sa richesse maxima en chlore total et en combinaison azotée. Le chlore est combiné aussi bien avec la peptone qu'avec les autres albuminoïdes; il n'est pas en proportion constante avec la quantité des albuminoïdes dissous que contient l'estomac au moment du maximum de la digestion. Ce chlore combiné ne peut donc servir à mesurer le travail de chloropeptonisation de l'estomac. Du reste, les chiffres obtenus par l'analyse du contenu de l'estomac n'ont de signification nette que s'ils sont rapportés à la totalité du liquide contenu dans l'estomac. L'estomac d'un chien adulte peptonise presque complètement 30 grammes de fibrine humide en une heure et demie environ. L'évacuation des substances albuminoïdes digérées paraît se faire au fur et à mesure de leur digestion.

GIRODE.

Farbenanalytische Untersuchungen... (Recherches analytiques au moyen des colorants des dépôts urinaires dans les néphrites), par H. SENATOR (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXI*, 3).

Senator se servit des solutions d'Ehrlich pour colorer les dépôts urinaires qui se font à la suite de néphrites. Outre les cylindres, les érythrocytes, etc., il trouva des leucocytes de forme différente, en particulier des leucocytes uninucléés et plurinucléés avec des formes de transition.

Les leucocytes plurinucléés sont en nombre bien moindre que les autres. ÉD. RETTERER.

I. — A propos de la technique expérimentale relative à la détermination du degré de toxicité des urines, par L. GUINARD (*C. R. de la Société de biologie*, 13 *mai* 1893).

II. — Note sur la toxicité des urines normales de l'homme et des mammifères domestiques (*Ibidem*).

I. — On introduit et fixe à demeure la canule en verre d'un compte-gouttes dans la veine jugulaire du lapin au-dessus du point d'insertion de la faciale. On introduit dans le caoutchouc du compte-gouttes l'aiguille fine de Pravaz reliée à la burette à robinet contenant l'urine. On fait pénétrer le liquide dans la veine jugulaire avec une vitesse de

3 cent. cubes par minute. L'auteur signale l'importance du facteur vitesse de l'injection, ce qui avait déjà été fait par Dastre et Loye au point de vue physiologique.

II. — D'après la toxicité croissante de leurs urines, l'homme et les mammifères domestiques se classent ainsi : chien, homme, porc, bœuf, cobaye, mouton, chèvre, âne, cheval, lapin, chat. — C'est-à-dire, carnivores, omnivores, herbivores (sauf le chat qui est hors de place). Les chiffres sont respectivement : 193cc, 132, 53, 38, 35, 33, 32, 29, 19 (les urines des femelles et des adultes étant les plus toxiques, cheval), 16 et 13 cent. cubes par kilogramme de lapin. DASTRE.

Sur l'existence du sucre dans les urines des femmes enceintes, accouchées et des nourrices, par L. J. BERBEROW (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1893, *et Vratch*, *n°* 16, 1893).

L'auteur a examiné 46 femmes, dont 9 enceintes, 25 accouchées et 12 nourrices. Chez les femmes enceintes, il n'a jamais trouvé de sucre dans les urines. Chez les accouchées, il a trouvé dans 10 cas des quantités appréciables de sucre, dans 3 cas des traces de sucre, dans 12 cas point de sucre ; le sucre a pu être constaté dans les urines du 3e au 5e jour après l'accouchement, c'est-à-dire les jours de fièvre lactique ; il disparaissait ensuite. Les nourrices ne présentaient point de sucre. Le sucre de lait apparaît donc dans les urines toutes les fois que sa production est plus forte que sa consomption. H. FRENKEL.

Eine empfindliche Probe für den Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn (Réactif sensible pour la recherche de la matière colorante biliaire dans l'urine), par Heinrich ROSIN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 5, *p.* 106, 30 *janvier* 1893).

Avant Rosin, mais à son insu, Maréchal (*Journ. de pharm. et chimie*, 1869), Smith (*Dublin quarterly journ.*, 1876), Gerhardt, *Sitzungsberichte der Würzburger phys.-medic. Gesellsch.*, 1881) ont préconisé l'iode pour déceler la bilirubine dans l'urine. Il résulte des essais de Rosin que c'est un réactif d'un emploi très sûr et très simple. Voici comment il opère. A l'aide de la teinture d'iode officinale et d'alcool, il prépare une teinture diluée ayant la nuance du porto, c'est-à-dire étendue à dix pour cent. Le tube qui renferme l'urine étant incliné, on y verse doucement 2 ou 3 centimètres cubes du réactif, de façon que celui-ci au lieu de se mélanger à l'urine la surnage. Immédiatement, ou au bout d'une minute, il se produit à la limite des deux liquides un anneau vert gazon très persistant. Lorsque l'urine ne contient pas de matière colorante biliaire, il y a seulement production d'un anneau jaune clair presque incolore, résultant de la décoloration de la matière colorante jaune de l'urine. J. B.

Stoffwechseluntersuchungen bei Cholerakranken, par Paul von TERRAY, Bernhard VAS et Gèza GARA (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 12, *p.* 276, *n°* 13, *p.* 309, *et n°* 15, *p.* 360, 20 *et* 27 *mars et* 10 *avril* 1893).

Les premières urines cholériques qui succèdent à la période d'anurie se caractérisent par leur faible quantité, leur teinte brune verdâtre, leur densité moyenne et leur forte réaction acide. Elles renferment beaucoup

d'albumine, fournissent un abondant sédiment, composé surtout de cylindres et d'épithélium des reins, ainsi que de globules blancs, plus rarement rouges, du sang. La proportion des éléments fixes, spécialement du chlorure de sodium, du calcium et du magnésium est considérablement amoindrie. L'excrétion de l'urée et de l'acide phosphorique est diminuée d'une façon insignifiante ou même nulle. Les deux sortes d'acide sulfurique sont relativement augmentées ; le chiffre de leurs rapports proportionnels est élevé (16,7). Les urines contiennent en outre beaucoup d'acides indoxylsulfurique et phénylsulfurique, d'ammoniaque et d'acétone ; on y trouve aussi de l'acide acéto-acétique.

2° Dans la période de réaction, et même déjà dans la période typhoïde, s'établit de la diurèse. On note d'abord l'élimination des produits de décomposition résultant de la destruction des tissus organiques. L'urée, l'acide phosphorique et l'ammoniaque sont excrétés en fortes quantités. C'est à cette période que les proportions d'acide sulfurique total et d'acide sulfurique B sont le plus considérables et leurs rapports proportionnels les plus faibles (1,5). L'excrétion de chlorure de sodium, de calcium et de magnésium va croissant, le plus souvent en atteignant, en dépassant même la normale. Les urines renferment toujours de grandes quantités d'indol, de phénol, d'albumine et d'acétone ; on y rencontre encore de l'acide acéto-acétique.

3° Dans la période de convalescence, la diurèse atteint son maximum. L'excrétion de l'urée est encore très considérable ; de même aussi celle de l'acide phosphorique et de l'ammoniaque. La proportion de l'acide sulfurique total reste encore à un taux élevé, tandis que les rapports proportionnels entre les deux sortes d'acide sulfurique reviennent lentement à leur valeur normale. Le chlorure de sodium, le calcium et le magnésium ont atteint ou même excédé leurs chiffres normaux. L'indol, le phénol, l'acétone et l'acide acéto-acétique ont considérablement diminué ou même complètement disparu.

Dans un cas, il y a eu glycosurie pendant 3 jours. J. B.

Indican bei Kindern (L'indican chez l'enfant), par S. MOMIDLOWSKI (*Jahrb. f. Kinderkeil., XXXVI, p.* 192-210).

Quelques heures après la naissance, il existe parfois déjà un peu d'indican dans l'urine du nouveau-né et cela sans aucun trouble gastro-intestinal. Les enfants nourris exclusivement au sein présentent rarement de l'indican. Parfois pourtant on en trouve alors même qu'il n'y a aucun trouble digestif. Ceux qui prennent du lait de vache ont presque toujours de l'indican. Enfin l'indican se trouve dans tous les cas de gastro-entérite; il est d'autant plus abondant que l'affection est plus intense. Chez les enfants plus âgés les variations de l'indican sont analogues à celles de l'adulte. La tuberculose n'a aucune influence. A.-F. PLICQUE.

Ueber das Urorosein, par H. ROSIN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 3, *p.* 51, 1893).

Sous le nom d'uroroséine, Nencki et Sieber ont décrit une matière colorante apparaissant dans certaines urines au bout de quelques minutes sous l'influence des acides minéraux, surtout de l'acide chlorhydrique, pâlissant après l'addition des bases et renaissant par l'effet des

acides. Au spectroscope, l'uroroséine se distingue par une raie dans le vert.

La température favorable à la réaction est celle de 70 degrés.

Pour extraire l'uroroséine, on ne peut avoir recours ni à l'éther, ni au chloroforme, ni au sulfure de carbone ; il faut absolument employer l'alcool amylique. Mais l'alcool amylique s'empare aussi de certains pigments rouge vif ou bruns. On est donc obligé de purifier l'extrait en le mélangeant à l'ammoniaque, puis en le traitant par l'acide chlorhydrique.

L'uroroséine est soluble dans l'eau. Elle possède les propriétés des acides. Elle forme avec les bases des sels incolores.

L'auteur a réussi à l'obtenir sous forme cristalline.

L'uroroséine existe en très faible quantité dans l'urine normale. Elle augmente sous l'influence des troubles de la nutrition.

L'auteur l'a constatée dans le diabète sucré, les néphrites chroniques, le cancer de divers organes, la dyspepsie, l'anémie pernicieuse, la tuberculose pulmonaire, et même dans la chlorose simple ; il l'a vue à la fin de la fièvre typhoïde. L. GALLIARD.

Il ricambio materiale e la tossicità dell' urina nell' inanizione dell' uomo, par G. AJELLO et A. SOLARO (*La Riforma medica, p.* 542 *et* 554, 26 *et mai* 1893).

Chez un célèbre professionnel du jeûne, les auteurs ont étudié pendant une période de jeûne de 20 jours les urines et les déjections intestinales. La quantité d'urine a été au total de 11 litres 605, soit une moyenne de 552 centimètres cubes ; la densité a varié entre 1.033 et 1.026,5 avec une moyenne de 1.028,7 ; la réaction a toujours été acide ; la quantité d'anhydride phosphorique a suivi la même marche que le poids du corps ; les chlorures ont diminué graduellement, avec des oscillations ; la quantité d'indican a été normale ; l'urée a diminué progressivement avec des sauts brusques ; l'urobiline a été généralement peu abondante. Il n'y a eu que deux garde-robes, l'une le deuxième jour de 72 grammes survenue spontanément, l'autre le onzième jour de 317 grammes provoquée par un purgatif, et ayant donné un résidu sec de 23 et de 80 grammes, soit au total 103 grammes de résidu sec. La toxicité des urines n'était pas augmentée, elle était en moyenne de 45 centimètres cubes (à l'état normal elle oscille entre 30 et 60 centimètres cubes), mais elle était moins forte pour les urines du jour que pour celles de la nuit, ce qui est l'inverse de l'état normal. GEORGES THIBIERGE.

Die Eiweisszersetzung beim Menschen während der ersten Hungertage (La destruction de l'albumine chez l'homme pendant les premiers jours de jeûne), par W. PRAUSNITZ (*Zeits. f. Biologie, XXIX, p.* 151, 1893).

L'auteur a dosé l'urée excrétée par les urines chez l'homme pendant les deux premiers jours de jeûne (quinze expériences faites sur douze jeunes médecins ou étudiants en médecine). Le premier jour de jeûne, il trouve respectivement 7.8, 4.6, 11.9, 9.6, 13.3, 9.9, 9.3, 14.0, 12.9, 7.9, 7.7, 13.3, 8.2, 11.7 et 17,3 gr. d'azote ; le second jour, les chiffres sont presque toujours un peu plus élevés : 13.0, 4.4, 10.6, 13.0, 11.0, 10.3, 12.5, 14.9, 13.8, 14.5, 12.6, 16.0, 14.9, 13.0, 19.3 gr. d'azote. L'excrétion

d'azote du second jour doit être considérée comme représentant la normale du début du jeûne, tandis que les valeurs du premier jour de jeûne varient notablement, probablement suivant la nature des réserves alimentaires de l'organisme. Le jeûne de deux jours et trois nuits fut parfaitement supporté. Aucun des sujets ne *souffrit de la faim*. Les *tortures de la faim* doivent être rangées au nombre des légendes.

LÉON FREDERICQ.

Distinction microchimique des alcaloïdes et des corps protéiques, par ERRERA (*Pharm. Centralhalle, XXXIII, p.* 604).

On fait tremper les coupes pendant 24 heures dans une solution de 1 gramme d'acide tartrique dans 20 centimètres cubes d'alcool absolu ; cette solution dissout tous les alcaloïdes, et précipite les corps protéiques. En traitant ensuite les coupes par les réactifs communs aux alcaloïdes et aux corps protéiques (iodure double de potassium et de mercure, iodure de potassium iodé, acide phosphomolybdique) on peut reconnaître facilement la présence de ces derniers corps. FERNBACH.

Sur les ptomaïnes qui prennent naissance dans la putréfaction de la viande de cheval et du pancréas, par S. A. GARCIA (*Zeitschr. f. physiol. Chem., XVII, p.* 543-595).

La putréfaction d'un mélange de viande de cheval et de pancréas de bœuf donne lieu à la formation de putrescine et de cadavérine (tétraméthylène-diamine et pentaméthylène-diamine) ; il se forme en même temps de l'hexaméthylène-diamine, ptomaïne qu'on n'avait pas encore rencontrée.

Cette base, qu'on sépare des deux autres par un procédé dont on trouvera la description dans le mémoire original, cristallise en lamelles fusibles à 125° ; son chloroplatinate cristallise en aiguilles orangées, qui se décomposent à 210°, sont très solubles dans l'eau, peu solubles dans l'alcool absolu. Le chloraurate et le picrate sont très solubles dans l'eau et dans l'alcool.

La formation des trois diamines mentionnées plus haut a lieu pendant toute la durée de la putréfaction ; mais elle atteint un maximum le troisième jour. Elle diminue en présence de sucre de canne ou en l'absence d'air ; elle augmente notablement lorsque les liquides soumis à l'expérience ont été ensemencés avec des matières fécales de cystinurique. FERNBACH.

I. — Ueber das Verhalten Galactose beim Diabetikern (Transformation de la galactose chez un diabétique, par Fritz VOIT (*Zeits. f. Biologie, XXIX, p.* 147, 1892).

II. — Ueber den Stowechsel bei Diabetes mellitus (Sur les échanges nutritifs dans le diabète sucré, par Fritz VOIT (*Ibidem, XXIX, p.* 129, 1892).

I. — Carl Voit admet que le sucre de lait et la galactose ne se transforment pas directement en glycogène dans l'organisme. La légère augmentation de glycogène hépatique et musculaire que l'on observe après l'ingestion de ces substances provient de ce que le glycogène d'origine albuminoïde est consommé moins vite lorsque l'organisme dispose de

sucre de lait. La lactose et la galactose dans l'organisme sain sont brûlées directement ou apparaissent comme lactose ou galactose dans les urines, quand on en introduit de grandes quantités.

On sait que chez les diabétiques (Bourquelot, Troisier, Fritz Voit), l'ingestion de lactose provoque dans l'urine l'apparition non de lactose ou de galactose, mais de dextrose. Fritz Voit constate que l'ingestion de 100 grammes de galactose provoque chez un diabétique l'excrétion d'un supplément de 70 grammes de dextrose dans les urines et agit donc comme l'ingestion de lactose. La fermentation au moyen du *saccharomyces apiculatus* servit à caractériser le sucre de l'urine diabétique. On sait que la galactose ne fermente pas avec le saccharomyces apiculatus.

II. — L'auteur a déterminé chez un diabétique (diabète léger) pesant 54,5 kilog., la valeur de la destruction organique de l'albumine (azote des urines et des matières fécales comparé à l'azote des aliments) alors que l'alimentation ne comprenait que des albuminoïdes et des graisses. Il a fait les mêmes déterminations chez un homme sain de même poids et a constaté que la destruction organique des albuminoïdes est exactement la même chez le diabétique que chez l'homme lorsque l'alimentation est exempte de féculents.

La destruction exagérée d'albuminoïdes et de graisses que l'on observe chez les diabétiques qui ingèrent une ration alimentaire mixte (comprenant des féculents) provient donc de ce que les diabétiques n'utilisent qu'une partie des hydrocarbonés de l'alimentation. LÉON FREDERICQ.

Composition chimique du liquide de la périostite albumineuse, par L. HUGOUNENQ (*C. R. de la Société de biologie*, 13 *mai* 1893).

Ollier a décrit cette variété de périostite avec collection d'un liquide, où l'auteur trouve de l'urée, des matières extractives, sels; il signale deux points : la faible teneur en phosphate de chaux; la présence d'une substance albuminoïde voisine de la sérum-globuline et de la synovine. DASTRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ueber morphologische Veränderungen... (Sur les modifications morphologiques des globules rouges), par WEINTRAUB (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXI*, 3).

Dans un cas d'ictère, d'attaques épileptiformes, de pyémie, etc., Weintraub constata dans les globules rouges du sang la présence de taches à contours nets. L'examen approfondi montra qu'il ne s'agissait là que de lacunes ou d'espaces vacuolaires qui se formaient dans les globules rouges dès que le sang sortait des vaisseaux. Il est probable que cet état des globules rouges se rapproche des modifications patho-

logiques décrites par G. Hayem et dues à une vulnérabilité anormale des globules rouges du sang. ÉD. RETTERER.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par MAUREL, fasc. 7 (applications à la pathologie microbienne). (*Paris, in-8°*, 1892).

L'auteur mélangeant le sang à de la poudre de charbon admet que ces corps étrangers sans action chimique, peuvent être absorbés par les leucocytes, sans diminuer leur activité ni la durée de leur existence. S'il n'en est pas ainsi, c'est qu'ils renferment une substance toxique. S'il s'agit d'un toxique, les leucocytes l'absorbent comme un corps inerte, mais après les avoir absorbés, ils meurent sans les rejeter. S'ils absorbent un microbe non pathogène, ils se comportent vis-à-vis de lui comme vis-à-vis d'un corps inerte; ils peuvent même les détruire.

La bactéridie charbonneuse paraît passer dans le sang à l'état de spore, ou tout au moins à un état très développé, elles y grandissent et peuvent même continuer à s'y accroître après la mort de l'animal. Les phénomènes généraux se montrent au moment où la bactéridie apparaît dans le sang, c'est-à-dire vingt-quatre heures et plus après l'inoculation; à partir de ce moment, sa durée est minime, quatre à cinq heures (lapin).

Tant que la bactéridie n'existe pas dans le sang, les leucocytes conservent toute leur mobilité; mais dès qu'elles y apparaissent, cette mobilité se perd et les leucocytes meurent. La bactéridie charbonneuse agit comme un toxique sur les globules blancs. Si on tire du sang charbonneux à l'animal, on constate que les leucocytes meurent *in vitro*, au même moment que l'animal lui-même. C. LUZET.

Contribution au diagnostic des tumeurs cardiaques primitives. — Myxome de l'oreillette droite, par BERTHEURON (*Arch. de méd. expér.*, *V*, 3).

Le cas avait été marqué cliniquement par un ensemble morbide commun aux affections cardio-aortiques, et par les signes suivants : voussure et matité dans la région de la crosse de l'aorte, compression du lobe supérieur du poumon gauche, troubles de la déglutition, symptômes d'embolies réitérées. On avait pensé à un anévrisme de la crosse aortique. Il faudrait, le cas échéant, attribuer une valeur séméiologique importante, en l'absence de différents signes appartenant en propre à l'anévrisme, à ces faits de réitération embolique qui sont notés dans différentes observations de tumeur primitive du cœur. Il s'agissait ici d'un myxome cellulaire. GIRODE.

Ueber die Veränderung der Herzganglien... (Sur les modifications des ganglions cardiaques dans les endocardites aïguës et subaiguës), par KUSNEZOW (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.*, *CXXXII*, 1).

En examinant les parois interauriculaires du cœur, le sillon transverse du cœur et les parties avoisantes sur vingt-trois malades morts d'endocardite, Kusnezow a cherché à étudier les lésions subies par les ganglions du cœur.

Sur vingt et un cas, il a pu établir la relation entre les modifications

de l'endocarde et celles des ganglions ; dans deux autres cas, ce rapport n'a pas existé.

Outre la dilatation des vaisseaux, le tissu qui entoure les parois de ces derniers présente tous les signes de la prolifération ; aux endroits où il existe des ganglions nerveux, on voit la capsule conjonctive des cellules nerveuses modifiées, les cellules aplaties qui revêtent la face interne de cette capsule sont gonflées et l'intervalle entre la capsule et la cellule nerveuse est rempli de leucocytes et d'amas arrondis.

Les cellules nerveuses elles-mêmes sont altérées aussi bien dans la structure du protoplasma que dans celle du noyau ; elles ont subi une dégénération albuminoïde et graisseuse.

Les faits précédents se rapportent surtout aux ganglions de la portion supérieure de la cloison interauriculaire lorsque la valvule auriculo-ventriculaire n'est pas altérée. Quant aux ganglions plus petits qui occupent la portion inférieure de le cloison interauriculaire, ils peuvent présenter les mêmes lésions, mais celles-ci semblent être secondaires et se faire par continuité à partir de la valvule auriculo-ventriculaire atteinte en premier lieu par l'endocardite.

Lorsque le cœur est hypertrophié, les cellules nerveuses des ganglions sont remplies généralement d'amas de pigment.

Les altérations de la substance musculaire du cœur ne sont pas en rapport direct avec les modifications des ganglions cardiaques.

ÉD. RETTERER.

I. — Cancers of the various organs... due to psorosperms, par Jackson CLARKE (*Path. Soc. of London ; Brit. med. j., p.* 119, 21 *janvier* 1893).

II. — Sarcoma caused by psorosperms, par Jackson CLARKE (*Brit. med. j., p.* 115, 21 *janvier* 1893).

I. — J. Clarke montre à la Société pathologique des spécimens de psorospermies encapsulées, présentant un double contour formé par deux couches concentriques. Dans un cancer de la vessie, il a vu les spores et les plasmodies se faisant jour entre les cellules épithéliales, à travers le tissu conjonctif, qu'elles absorbent insensiblement. Il a constaté également de volumineuses psorospermies amœboïdes dans les cellules épithéliales de revêtement d'un kyste supposé non cancéreux, de la mamelle, ainsi que dans des papillomes des conduits galactophores. Ceci est très intéressant, car cela tend à faire supposer que la maladie kystique du sein dépend de productions plasmodiennes. La présence des psorospermies est fréquente dans les sarcomes de toutes les variétés.

Les assertions de Clarke ont été combattues par plusieurs membres de la Société pathologique, qui contestent l'interprétation donnée par l'auteur à ses préparations.

II. — Clarke a retrouvé dans des sarcomes d'espèce variée les psorospermies qu'il avait déjà rencontrées dans les épithéliomes. Il donne une série de figures dans lesquelles on voit des cellules géantes contenant des psorospermies soit à l'état encapsulé, soit à l'état amœboïde, qui envahissent les tissus sains et provoquent la néoformation morbide. Au point de vue morphologique, il rapproche ces corps bien plus des hématozoaires que des coccidies. H. R.

Psorospermie, par BŒCK (*Arch. f. Derm. u. Syph., XXIV*, 6, 1892).

Bœck a examiné les corps considérés par Darier comme des psorospermies, et a trouvé que ces cellules contenaient dans leur protoplasma des granules d'éléidine, ainsi qu'un noyau distinct. Les réactions colorantes montrent que rien dans la fonction de ces corps ne se rapproche de celle des coccidies. Kroring (*Monatsh f. prakt. Derm.*, 15 novembre 1892) a fait la même constatation et vérifié la présence de la kératohycine et de l'éléidine dans ces cellules qui, par suite, semblent n'être que des cellules épidermiques, et non des parasites. H. R.

The parasitism of protozoa in carcinoma, par James GALLOWAY (*Brit. med. p.* 217, 4 *février* 1893).

Revue critique bien faite des travaux récents sur les protozaires du cancer et leur analogie avec les coccidies. L'auteur étudie les masses protoplasmiques amœboïdes que l'on considère comme des psorospermies ; elles peuvent se rencontrer : *a*) Dans le corps des cellules ; *b*) dans le noyau des cellules; *c*) dans les espaces intercellulaires. Il fait remarquer que ces éléments se rencontrent en très grande abondance dans les cancers à développement rapide et dans ceux qui ne présentent pas de lésions régressives cellulaires. C'est presque toujours à la périphérie des tumeurs qu'on les rencontre, là où la néoformation a son maximum d'activité. Il ne regarde pas la présence de ces parasites comme démontrée dans le sarcome.

Galloway donne également avec grand soin la technique histologique pour mettre en lumière les psorospermies. H. R.

Les parasites du cancer, par FOA (*Gazz. degli Ospitali*, 2 *février* 1893).

Foà donne le résultat des recherches microscopiques qu'il a entreprises sur neuf cas de cancer du sein. Constamment il a trouvé un parasite endocellulaire. Celui-ci consiste en un corpuscule entouré d'une zone protoplasmique qui s'étend à la périphérie et offre un bord festonné; le tout est englobé dans une capsule. En se développant, le corpuscule central s'accroît, la zone protoplasmique ambiante se résorbe, d'où l'aspect kystique de la capsule. Plus tard, il se transforme en une masse lobulée d'où se détachent de petits corpuscules réfringents secondaires. Finalement, la capsule arrive à ne plus contenir que ces petits corpuscules qui, pour l'auteur, sont les spores des coccidies. Ce sont ces dernières qui pénètrent de proche en proche dans les jeunes cellules cancéreuses qu'elles infectent. L'hématoxyline colore seulement l'enveloppe de ces parasites quand ils sont jeunes.

L'auteur conseille la technique suivante. Durcissement dans le liquide d'Hermann, puis les coupes sont colorées avec un mélange d'hématoxyline, de safranine et d'une faible solution d'orange. Les noyaux se colorent par la safranine, le protoplasma par l'orange, et les parasites par l'hématoxyline. H. R.

Ueber ein Coccidium im Scheimkrebs... (Sur une coccidie dans un carcinome muqueux de l'homme et ses sporocystes), par Eug. BURCHARDT (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXXI*, 1).

B. a trouvé dans un carcinome muqueux des sporocystes d'une coccidie sous la forme d'une spore incluse dans un kyste qui est contenu dans le protoplasma cellulaire.

Chaque spore renferme une vésicule qui contient un germe.

B. est d'avis que les premiers stades du développement de la coccidie dans l'intérieur du protoplasma cellulaire peuvent avoir une signification spéciale au point de vue du développement du carcinome.

ÉD. RETTERER.

Coccidial origin of an hepatic tumour, par KEEN (*Boston medic. and surg. j.*, 9 *mars* 1893).

Keen a eu l'occasion, en avril 1892, de réséquer une portion du foie chez un individu atteint d'une tumeur hépatique. Le malade a survécu, et depuis 15 mois il n'y a pas d'apparence de récidive, la santé est bonne. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un adénôme des conduits biliaires, probablement de nature parasitaire. En effet la structure de cette tumeur est identique à la description de Leuckhart des tumeurs à coccidies : il avait signalé l'analyse des nodules coccidiens et des éléments papillomateux. De plus, il existe dans la pièce enlevée par Keen des aréoles identiques dans leur structure et leur texture annuelles décrits par Leuckhart.

On n'a signalé jusqu'ici que six cas de tumeur parasitaire de cet ordre chez l'homme.

CART.

Die Veränderungen in Leber u. Darm... (Les altérations du foie et de l'intestin dans la maladie du lapin produite par les coccidies), par F. FELSENTHAL et STAMM (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXII*, 1).

Pendant une épidémie qui fit périr un grand nombre de jeunes lapins de six semaines, le foie et l'intestin de ces animaux furent trouvés infestés par les coccidies. Le foie était rempli de tumeurs, dont le contenu était formé par les coccidies. Les kystes commencent à apparaître dans le tissu conjonctif interacineux et le parenchyme hépatique ne s'altère que secondairement. La présence des coccidies produit une dilatation des canalicules biliaires en même temps qu'il s'en forme de nouveaux. C'est ainsi que les coccidies provoquent une irritation chronique aboutissant à la formation des tumeurs kystiques.

Dans l'intestin, les coccidies remplissent les cellules épithéliales des villosités et des glandes dont elles ont déterminé l'hypertrophie.

ÉD. RETTERER.

Note sur les taches blanches du foie infectieux, par V. HANOT (*C. R. de la* (*Société de biologie*, 6 *mai* 1893).

La tache blanche est une lésion immanquable, caractéristique du foie infectieux (pneumonie grippale, choléra, diphtérie, méningite suppurée, phlegmon gangreneux, fièvre typhoïde, variole, rougeole, scarlatine, etc.) Elle siège surtout à la face convexe : son diamètre, d'une lentille à une pièce de cinq francs, sa forme arrondie quand elle est petite, et dans ce

cas encore, granuleuse. Les cellules hépatiques y sont modifiées : tuméfaction, dégénérescences diverses. Les capillaires sont dilatés, infiltrés de leucocytes, des microbes interposés aux éléments cellulaires : dislocation plus ou moins accusée de la travée hépatique : formation de neo-canalicules biliaires ; tous ces phénomènes étant des témoins d'un double travail de destruction et de réparation. DASTRE.

Tuberculosis of the œsophagus, par FLEXNER (*Johns Hopkins Hosp. Bull., IV, n° 28*).

Cas rare de tububerculose de l'œsophage ayant amené la perforation de ce conduit. Il s'agit d'une femme de 32 ans, d'hérédité tuberculeuse, qui entre à l'hôpital le 3 avril 1892 pour de la toux, de la fièvre et de la dyspnée. On constate un pneumothorax, pour lequel on pratique l'empyème. Après résection de la sixième côte, le pus ne s'échappe pas immédiatement, mais le lavage de la cavité pleurale ramène du lait caillé et des aliments. Amélioration momentanée, mais mort d'épuisement le 23 août.

A l'autopsie, tuberculose des poumons, des ganglions lymphatiques cervicaux et bronchiques, pyopneumothorax, gangrène de la plèvre, enfin deux ulcérations tuberculeuses de l'œsophage, l'une superficielle, l'autre profonde, ayant entraîné la perforation de l'organe. H. R.

Sur les granulations de l'épendyme ventriculaire. Recherches histologiques, par G. B. PELLIZZI (*Rivista sperimentale di Freniatria, XIX, p. 48*).

L'auteur résume ses recherches dans les conclusions suivantes :

Les granulations de l'épendyme que l'on rencontre dans les formes chroniques de démence primitive ou secondaire sont constituées exclusivement par des cellules de névroglie. Celles-ci tirent leur origine des cellules de névroglie situées entre les couches connectives les plus profondes de l'épendyme et la paroi des vaisseaux sous-épendymaires, probablement aussi des cellules de ce genre éparses ou groupées en nombre variable que l'on voit au contact de la paroi de ces vaisseaux épendymaires. Les accumulations de cellules de névroglie situées ainsi qu'il vient d'être dit et dans lesquelles on note des figures kariokinétiques doivent être considérées comme le stade initial des granulations.

Ces granulations présentent en général une forme plus ou moins ovoïde, les cellules de névroglie qui les constituent se montrent plus ou moins distantes l'une de l'autre et envoient leurs nombreux prolongements surtout dans le plan horizontal. Quand il existe de l'épendymite granuleuse, on constate également des altérations plus ou moins graves des parois vasculaires. PIERRE MARIE.

I. — Sur l'état de la moelle épinière dans deux cas de compression des racines postérieures, par J. SOTTAS (*C. R. de la Société de biologie, 4 mars 1893*).

II. — A propos de cette communication, par DÉJERINE (*Ibidem*).

I. — Ces cas, rapprochés des analogues, vérifient la loi de Kahler, à savoir que sur une coupe de la moelle dans la région cervicale supérieure, les fibres longues des différents étages forment des triangles inscrits les uns dans les autres. Le plus petit triangle, à l'extrémité postérieure de la cloison médiane, est constitué par les nerfs sacrés ; le

plus grand et le plus périphérique est constitué par les nerfs cervicaux. Le cordon de Goll ne comprend que les fibres longues radiculaires des régions inférieures de la moelle. Celles des régions supérieures se placent dans le cordon de Burdach et aboutissent dans le bulbe au noyau de ce cordon. La limite entre les deux régions n'est pas nettement définie.

II. — Dans le tabes cervical, les lésions des cordons postérieurs présentent une topographie absolument inverse de celle constatée par Sottas dans la compression des racines sacrées.

DASTRE.

Ueber secundare Degeneration des Pyramidenstranges bei Hundem (Dégénérescence secondaire du cordon pyramidal chez le chien), par S. SCHIFF (*Centralbl. f. Physiologie, VII, p.* 7).

L'extirpation du gyrus sigmoïde pratiquée sur de jeunes chiens âgés de moins de deux semaines n'empêche nullement le développement du sens tactile et celui des mouvements coordonnés des extrémités. On n'observe pas, dans ce cas, de dégénérescence descendante des cordons pyramidaux dans la moelle cervicale, comme c'est le cas à la suite de l'extirpation des centres psycho-moteurs chez les animaux adultes. Il y a seulement diminution de calibre, atrophie des fibres nerveuses des voies pyramidales, atrophie s'étendant au delà du cordon pyramidal.

Sur un chien un peu plus âgé, l'extirpation du gyrus sigmoïde gauche amena l'ataxie des mouvements et l'insensibilité des extrémités du côté opposé. A l'autopsie, pas de dégénérescence, mais seulement atrophie prononcée du cordon pyramidal droit, atrophie légère à gauche. Chez cet animal, le gyrus sigmoïde avait déjà acquis son importance fonctionnelle, mais non son influence trophique sur les cordons pyramidaux.

Fonction et influence trophique ne sont donc pas liées étroitement l'une à l'autre, et la dégénérescence des voies pyramidales qui, chez l'adulte, succède à l'extirpation des centres psycho-moteurs, ne prouve pas que les cordons pyramidaux soient les voies par lesquelles l'excitation ou l'extirpation des centres appelés psycho-moteurs réagit sur les mouvements musculaires.

LÉON FREDERICQ.

The formation of subdural membranes or pachymeningitis hœmorraghica, par ROBERTSON (*Journ. of ment. sc., juillet* 1893).

D'après Robertson, il ne faut pas chercher l'explication de la pachyméningite hémorragique dans une hyperémie inflammatoire de la dure-mère, mais dans un engorgement passif, dû à un phénomène de compensation, et provoqué de la même façon que le dessèchement. Celui-ci est provoqué par le retrait du cerveau, retrait qui n'est pas compensé, à cause de la soudaineté du phénomène et à cause du manque de liquide cérébro-rachidien. En effet, Lewis dit qu'il n'a jamais rencontré de membrane située sous la dure-mère au niveau du cervelet; ce qui s'expliquerait par ce fait que le cervelet ne peut subir qu'un faible retrait, qu'il est exceptionnellement bien garanti par des coussins liquides, par le ventricule et le plexus choroïde et par l'arrivée directe du liquide cérébro-spinal. Enfin le cervelet n'est pas contenu dans une loge inextensible comme le cerveau.

DESCOURTIS.

Ueber die Entstehung des fibrinösen Infiltrates bei der croupösen Pneumonie (Formation de l'infiltrat fibrineux dans la pneumonie croupale), par HAUSER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 8, *p.* 155, 1893).

Il faut considérer la pneumonie croupale de l'homme comme une inflammation croupale typique, à rapprocher des inflammations croupales des muqueuses. Comme dans celle-ci, à côté de la formation exsudative de fibrine, l'épithélium subit une transformation fibrineuse dans les alvéoles, d'où la coagulation de l'exsudat. Il faut donc considérer comme justifiée dans la pneumonie la théorie de la coagulation fibrineuse donnée par Schmidt, qui admet que la coagulation est due à une action réciproque du protoplasma cellulaire et des exsudats plasmatiques inflammatoires. C. LUZET.

Zur Lehre vom Asthma bronchiale (Sur l'asthme bronchique), par Franz MULLER (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, *n°* 14, 15 *juillet* 1893).

L'auteur considère l'abondance et la très grande fréquence des cristaux de Charcot-Leyden et des cellules éosinophiles comme un fait acquis. Il explique la présence des cellules éosinophiles dans la sécrétion bronchique ici comme dans les autres processus (bulles de pemphigus) par la chimiotaxie. Ce serait dans l'asthme les cristaux de Charcot-Leyden, ailleurs une substance d'origine microbienne ou non qui provoquerait l'afflux des cellules éosinophiles, dont il faut admettre l'origine sanguine. PAUL TISSIER.

Ueber einen Fall von Fremdkörperperitonitis... (Un cas de péritonite à corps étrangers, avec formation de nodules à cellules géantes par encapsulement de tablettes de cholestérine), par MEYER (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XIII*, 1, *p.* 76).

Une femme de 47 ans, portant un kyste de l'ovaire, sent tout à coup, à l'occasion d'un effort léger, quelque chose se déplacer dans son ventre, puis survient la douleur. Son ventre s'affaisse, il se développe ensuite peu à peu, après 6 semaines. Une laparotomie est faite après ponction. La malade meurt dans le collapsus, après l'opération. On avait cru à une péritonite tuberculeuse ; l'examen histologique montra qu'il n'en était rien et que les granulations qui recouvraient la séreuse n'étaient que des pseudo-tubercules, constitués par un tissu fibreux renfermant des cellules géantes, qui s'étaient développés autour de paillettes de cholestérine. Celles-ci provenaient d'un kyste dermoïde de l'ovaire, qui s'était ouvert dans le péritoine et avait donné naissance à la péritonite chronique, qui avait amené cette femme à l'hôpital. L'auteur insiste sur ce point histologique que les noyaux des cellules géantes n'ont une situation périphérique qu'autant que le corps étranger occupe le centre de la cellule. L. LUZET.

Zur Casuistik der Myositis ossificans multiplex (progressiva), par J. BRENNSOHN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 46, *p.* 1163, 14 *novembre* 1892).

Jeune homme de 20 ans, sans aucun antécédent héréditaire ni personnel. Dès la plus tendre enfance, mouvements un peu difficiles et épaule droite plus haute ; ultérieurement, scoliose très marquée. Il y a trois ans, apparition de raideur dans les membres supérieurs, d'abord à droite, puis dans le tronc et enfin dans les membres inférieurs, sans aucune douleur ni trouble de

l'appétit. État actuel : marche difficile, impossibilité de se vêtir et de se déshabiller seul ou de s'asseoir sans aide. Thorax complètement immobile pendant la respiration. Tête fixe, un peu inclinée en arrière, les bras collés contre la poitrine, les avant-bras légèrement fléchis. Coude gauche ankylosé, droit très restreint dans ses mouvements. Articulations des mains et des doigts intactes. Mouvements des membres inférieurs encore possibles, mais lents et raides.

Les muscles dorsaux sont remplacés, même dans les dépressions, par de la substance osseuse et les mouvements de la colonne sont entièrement abolis. Au niveau du sacrum et de la crête iliaque gauche, se voient des exostoses en forme de champignons. L'immobilité des bras est due à l'ossification du grand dorsal et du grand pectoral; ce dernier offre encore par places des portions molles, grosses comme les pulpes digitales. Ossification semblable des deltoïdes, des grands dentelés antérieurs et des intercostaux. Induration considérable de la partie inférieure du biceps et du coraco-brachial gauches. Ossification complète des muscles de la nuque. Rigidité des muscles cervicaux antérieurs, surtout des scalènes et du sterno-cléido-mastoïdien droit. Dureté des muscles abdominaux : au niveau du tiers supérieur du grand droit du côté droit, on sent une plaque arrondie, indolore, de consistance pâteuse, sans altération des téguments ; 6 semaines plus tard, cette plaque s'était indurée et les muscles des cuisses étaient devenus rigides. A mi-hauteur de la cuisse gauche, du côté de l'extension, on percevait une prolifération osseuse, coralliforme, perpendiculaire à la peau. Tous les autres muscles sont plus résistants qu'à l'état normal, à part ceux de la face, encore intacts ainsi que ceux des avant-bras et des mains. Raccourcissement des deux gros orteils, dû à l'absence de leurs premières phalanges. 18 mois plus tard, nouveaux progrès de l'affection. Les scalènes sont ossifiés ainsi que le vaste externe gauche. Les deux grands droits abdominaux forment des bourrelets fibreux. Des deux crêtes iliaques partent, dans la direction des grands fessiers, des arêtes osseuses ramifiées offrant de l'élasticité au niveau de leurs points d'insertion ; sur la crête du tibia gauche, se voient des exostoses en champignons.

La polymyosite ossifiante progressive est une affection de l'enfance, peut-être congénitale, beaucoup plus fréquente dans le sexe masculin (19 fois sur les 24 cas de Seidel, dans le *Traité de pédiatrie*, de Gerhardt 1879). (*R. S. M.*, III, 740 ; X, 67; XVIII 606 et XXX, 632.) J. B.

Altérations des capillaires et du foie dans les fièvres pernicieuses, par G. NEPVEU (*Mém. de la Soc. de biologie*, 21 *octobre* 1892).

Les capillaires présentent des altérations manifestes : dilatations anévrismoïdes, congestions intenses, altérations des épithéliums et des fibres musculaires, envahissement des épithéliums par les granulations pigmentaires et les spores. Le foie présente une double lésion, l'une d'hépatite parenchymateuse granuleuse, aiguë, limitée, insulaire, méconnue jusqu'ici; l'autre, interstitielle, légère, étendue à tout l'organe; de plus, le foie est un siège de développement important des parasites du paludisme, spécialement dans les capillaires biliaires, les cellules hépatiques et les capillaires sanguins. DASTRE.

Einige histologische Befunde bei tropischer Malaria (Quelques constatations histologiques dans la malaria des pays tropicaux), par Hermann STIEDA *Centralblatt f. allg. Path. u. path. Anat.*, *n*os 9-10, 1er *mai* 1893).

Le *pancréas* présentait de petits foyers inflammatoires dans le tissu interstitiel; ces lésions dépendaient-elles de la malaria?

Le *foie* offrait les mêmes lésions, avec tendance des foyers inflammatoires vers la suppuration; abondants leucocytes dans les vaisseaux. Il était le siège d'un dépôt excessivement riche de pigment dont la plus grande partie donnait la réaction du fer; les granulations pigmentaires ne donnant pas cette réaction occupaient les vaisseaux. Celles contenues dans le tissu interstitiel ou dans les cellules parenchymateuses donnaient constamment cette réaction (Hémosidérosine).

Dans la *rate*, les follicules de Malpighi sont entourées de pigments répandus dans le parenchyme avec les mêmes particularités que pour le foie.

Dans les *reins*, le pigment siégeait surtout dans les épithéliums des tubuli contorti et en moindre quantité dans la branche ascendante de l'anse de Henle, indiquant ainsi la réalité de l'élimination par les reins; la capsule de Malpighi présentait une coloration bleue diffuse, les glomérules étaient tout à fait privés de pigment.

Un procédé très sensible pour obtenir la réaction de l'hématosidérine consiste à colorer d'abord les coupes dans le carmin lithiné, à les laver à l'eau et à les porter pendant deux ou trois heures dans une solution de ferrocyanure de potassium à 2 0/0. On traite alors par une solution alcoolique à 1 0/0 d'acide chlorhydrique; il faut laisser, en moyenne, les coupes douze heures dans cette solution, la coloration bleue apparaît lentement, mais extrêmement intense. On traite rapidement par l'eau, l'alcool, l'alcool absolu, etc. PAUL TISSIER.

Etude sur l'anatomie pathologique de la morve pulmonaire, par E. LECLAINCHE et L. MONTANÉ (*Annales de l'Institut Pasteur*, *p.* 481, *n°* 6, 25 *juin* 1893).

Dans la morve chronique du cheval, l'envahissement du poumon s'opère par les voies lymphatiques; l'infection se traduit à la fois par des néoformations tuberculeuses et par des altérations des vaisseaux et des bronches. Ce tubercule morveux débute par une lymphangite périlobulaire; le lobule est envahi secondairement de la périphérie au centre; la première expression anatomique du tubercule est un noyau de pneumonie fibrineuse. Le centre du foyer est ensuite le siège d'une apoplexie leucocytaire, suivie de la dégénérescence caséeuse des éléments et d'une réaction périphérique; celle-ci aboutit au développement d'une ceinture épithélioïde doublée d'une enveloppe conjonctive.

Une forme anatomique particulière est due au développement de foyers lymphoïdes agminés dans les travées interlobulaires; le pseudotubercule ainsi développé simule histologiquement la lymphadénome. Une altération exceptionnelle est constituée par l'évolution d'un noyau de pneumonie alvéolaire entouré par une zone hémorragique. Cette forme constitue un foyer très limité de morve aiguë.

Les vaisseaux et les bronches subissent, dès les premières périodes de l'évolution, des altérations très importantes. Leurs parois enflammées sont traversées par des leucocytes et par des bacilles arrivés par les gaines lymphatiques. Même lors de lésions très discrètes et localisées en apparence, les bacilles pénètrent dans le sang; d'autre part, ils se rencontrent en abondance dans les bronches et, par conséquent, dans le jetage. PAUL TISSIER.

Sympathicus Veränderungen bei Diabetes millitus (Altérations du sympathique dans le diabète sucré, par A. CAVAZZANI (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, n° 13, 1er *juillet* 1893).

Les lésions les plus marquées trouvées à l'autopsie d'un diabétique (diabète à marche rapide chez un sujet jeune, 20 ans), furent celles du plexus cardiaque et des ganglions. L'atrophie très marquée, l'accumulation de graisse sur les tissus voisins, la vascularisation défectueuse indiquaient qu'il s'agissait d'une lésion ancienne dégénérative. L'auteur lui impute la glycosurie.

A noter l'hypertrophie de la glande thyroïde, les lésions plus légères des capsules surrénales, que l'auteur considère comme conséquence des lésions du sympathique. De même les altérations du foie qui étaient très accentuées. Le poumon était sain. PAUL TISSIER.

Lésions anatomo-pathologiques du système nerveux central dans le choléra asiatique, par N. M. POPOW (*Vratch*, n° 22, 1893).

Le premier qui a donné une description des lésions microscopiques du cerveau des personnes mortes par suite du choléra est Lubimow (*Vratch*, 1892, n° 47). Popow a constaté, dans deux cas de choléra chez des jeunes gens, les lésions suivantes de l'encéphale. Les lésions portent sur les vaisseaux, sur la névroglie et sur les éléments nerveux.

Les gros vaisseaux sont gorgés de sang ; leurs parois présentent souvent des masses jaunes-grisâtres assez considérables. Les capillaires médullaires sont très hyperémiés, tandis que les capillaires du cerveau ne contiennent que très peu d'hématies et sont obstrués par un exsudat plasmatique. Les noyaux des parois des capillaires sont tuméfiés et en voie de division.

Les lésions essentielles de la névroglie consistent en une prolifération d'éléments libres dont la forme et les réactions histo-chimiques diffèrent de la normale : ce sont des coupes à contours irréguliers, assez grandes, qui se colorent par le procédé de Gaule en framboise au lieu de se colorer en bleu.

Les lésions d'éléments nerveux sont variables : dans la moelle prédominent les cellules tuméfiées, arrondies, remplies de pigments, à prolongements mal conservés ; dans le cerveau et dans la substance grise sous-corticale, on trouve des cellules à fines granulations dont le protoplasma est en voie de destruction à la périphérie des cellules ; on trouve aussi des noyaux nucléolés isolés entourés de quelques fines granulations ; les cellules à vacuoles sont plus rares. La substance blanche de la moelle présente souvent des cylindres-axes hypertrophiés presque dépourvus de gaînes myéliniques ; la substance blanche du cerveau est normale.

En somme, les lésions constatées par l'auteur ressemblent au tableau de l'encéphalite hypertrophique de Hayem. H. FRENKEL.

Ueber die Resorption und die Apposition von Knochengewebe... (Sur la résorption et l'apposition du tissu osseux pendant le développement des tumeurs osseuses), par H. APOLANT (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXI*, 1).

Apolant a constaté, dans beaucoup de tumeurs osseuses, que les cavités, c'est-à-dire les corpuscules osseux, s'agrandissent ainsi que

les canalicules osseux. Si ce processus s'étend, on voit les corpuscules osseux confluer et former une cavité unique. Plus tard, il se produit des canaux propres dans la substance fondamentale de l'os, ce qui amène *l'état treillissé*. Celui-ci est dû à la disparition de la substance fondamentale de l'os, qui est réduit à ses parties élémentaires, les *fibrilles*. Les espaces qui séparent les fibrilles, s'agrandissant et s'entrecroisant en tous sens, donnent naissance à l'état treillissé.

L'état treillissé est l'expression d'une métamorphose régressive, due essentiellement à la disparition des sels calcaires, comme on le voit dans l'ostéomalacie. ÉD. RETTERER.

Zur Casuistik der Halsrippen, par E. ARON (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 33, *p.* 826, 15 *août* 1892).

La présence de côtes cervicales peut gêner la percussion et l'auscultation du thorax, ainsi qu'il est arrivé chez une femme de 36 ans, du service de Lazarus, qui présenta à l'autopsie les particularités suivantes :

De la dernière vertèbre droite du cou, part un os curviligne, large de 1 centimètre, qui s'infléchit en bas pour s'articuler avec la première côte thoracique. Cette articulation s'opère à l'aide d'une apophyse osseuse, longue de 1 centimètre 1/4, née de la première côte thoracique, au niveau de son angle costal. L'articulation permet quelques mouvements; les deux surfaces articulaires sont revêtues de cartilage. La côte costale s'articule avec la vertèbre correspondante, de la même façon que les côtes thoraciques s'articulent avec leurs vertèbres. La côte costale présente donc une triple articulation : 1° avec le corps vertébral; 2° avec son apophyse latérale ; 3° avec le prolongement anormal de la première côte thoracique. Cette côte cervicale a 4 centimètres de long.

Du côté gauche, il n'y a pas de côte cervicale, mais l'apophyse transverse de la dernière vertèbre du cou offre une longueur exagérée (2 cent. 3/4). Le trajet des vaisseaux et des nerfs est complètement normal; pas d'anévrisme de l'artère sous-clavière.

Sur une pièce anatomique, présentée ensuite par Aron, il existe une anomalie analogue, mais du côté gauche; du côté droit, il n'y a pas de côte cervicale, mais l'apophyse transverse de la septième côte cervicale va rejoindre la première côte thoracique. La côte cervicale gauche s'articule aussi avec un prolongement de la première côte thoracique, mais il y a une véritable synostose entre les deux.

Chez une femme de 71 ans, on aperçoit, dans les deux creux sus-claviculaires, en dehors des sterno-mastoïdiens, une légère voussure, de consistance osseuse, lisse, qui, d'une part, se recourbe en arrière vers le rachis, d'autre part, se prolonge en bas, vraisemblablement pour aller s'unir à la première côte thoracique.

Chez une fillette de 13 ans, on sent au-dessus de la clavicule gauche, un peu en dehors du sterno-mastoïdien, une petite saillie osseuse, lisse et indolore, qu'on peut suivre en haut et en dedans vers le rachis, de même qu'en bas et en dehors. Sur son trajet, on perçoit un petit renflement circonscrit, correspondant peut-être à son point d'union avec la première côte thoracique. (*R. S. M.*, VI, 14; VIII, 36 et XXXVII, 57.) J. B.

Ein Fall von angeborener Spaltbildung der Haende und Fuese (Mains et pieds fourchus), par J. MELLER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 10, *p.* 232, 6 *mars* 1893).

Cas rare de bifidité des doigts et des orteils avec syndactylie et ectrodactylie.

Sourd-muet âgé de 23 ans; ni consanguinité, ni difformités chez les ascendants.

Aux deux mains, il manque le médius et son métacarpien; aux deux pieds, il manque les trois orteils médians et leurs métatarsiens. Comme les téguments ne forment pas de pont sur les lacunes osseuses, il en résulte 4 extrémités bifides.

En outre, à la main gauche, le pouce, au niveau de sa première phalange, est soudé à l'index; tandis qu'à la main droite, il y a soudure partielle entre le petit doigt et l'annulaire.

Les phalanges unguéales des petits orteils sont recourbées en dedans en forme de crochets.

D'ailleurs, la mobilité des doigts et des mains, ainsi que celle des orteils et des pieds est complètement normale. L'individu peut écrire, tricoter, coudre et marcher à peu près normalement. (*R. S. M.*, XXXIII, 45.) J. B.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Zur Lehre von der Entstehung der... (Sur la théorie de la production des symptômes de la compression cérébrale), par G. REISENGER (*Zeitschr. für Heilkunde*, *n°* 1, *p.* 1, 1893).

Quelque grand que soit l'obstacle apporté à la sortie du sang veineux contenu dans la cavité cranienne, il n'en résulte, au moins immédiatement, aucune convulsion. L'hyperémie veineuse du cerveau amène une diminution de la pression dans les carotides, très souvent aussi un ralentissement de la respiration ; elle ne paraît avoir aucune influence importante sur la rapidité des contractions cardiaques.

La ligature de la veine cave supérieure peut dans certaines conditions déterminer des hémorragies intra-craniennes qui sont probablement en relation étiologique avec les convulsions que l'on observe alors. Cette ligature provoque généralement de l'exophtalmie ; il se produit aussi du larmoiement, qu'on ne saurait attribuer exclusivement à la difficulté de la circulation veineuse.

L'hyperémie par stase veineuse due à la ligature de la veine cave supérieure se compense plus ou moins rapidement ; elle ne cause pas d'infiltration de la papille et ne provoque pas nécessairement des troubles fonctionnels cérébraux primitifs, ni secondaires. LEFLAIVE.

Dilatations cardiaques expérimentales, par GLEY et CHARRIN (*C. R. de la Société de biologie*, 3 *juin* 1893).

Des lapins inoculés avec le microbe de la suppuration bleue, ou avec les sécrétions de ce germe ont montré des altérations du cœur; mollesse du myocarde, flaccidité, dilatation cardiaque. De même pour un petit chien qui avait reçu dans les veines des cadavres bactériens. Il y avait eu comme symptômes des irrégularités des battements, et un accroissement des phases diastoliques. DASTRE.

Dératement et croissance, par A. DASTRE (*C. R. de la Société de biologie*, 3 *juin* 1893).

Les opérations de thyroïdectomie, et le développement de la théorie des sécrétions internes des glandes vasculaires sanguines avaient rendu vraisemblable l'opinion que le dératement, inefficace chez les adultes, serait efficace chez les animaux très jeunes. Cette doctrine de l'intervention de la rate dans le développement a été soutenue par différents médecins, Lancereaux, etc. L'auteur reprend donc l'opération du dératement qu'il pratique chez des chiens, des chats, des rats, des cobayes, en agissant aussi près que possible de la naissance. Il suit le développement de chaque animal, concurremment avec celui d'un animal témoin de même portée et construit les courbes de croissance.

Ces courbes sont identiques des deux parts. L'ablation de la rate n'a pas eu d'effet sensible sur le développement. DASTRE.

Note sur quelques altérations de divers organes chez les chiens thyroïdectomisés, par L. HASKOVEC (*Société de biologie*, 25 *mars* 1893).

L'auteur confirme l'existence de la néphrite superficielle aiguë constatée par Alonzo. Il y a augmentation de leucocytes de la rate : dilatation des veines centrales et infiltration des espaces intertrabéculaires du foie, dilatation des capillaires bronchiques, en un mot, tendance générale aux hémorragies. DASTRE.

Diabète pancréatique, par SHABAD (*Vratch*, *n*os 47-49, 1892).

Voici les conclusions de ce travail, fait dans le laboratoire de Vogt, à Moscou.

1° L'ablation totale du pancréas chez les chiens donne lieu constamment à un diabète intense et permanent, tout à fait comparable au diabète spontané;

2° L'ablation partielle du pancréas ne donne lieu qu'au diabète insipide, sans glycosurie;

3° Pour empêcher le développement de la glycosurie, il suffit de laisser dans le corps du chien un douzième du pancréas intact;

4° Les chiens privés totalement de pancréas succombent à une péritonite locale suppurée;

5° Les reins ne jouent aucun rôle dans la pathogénie de la glycosurie;

6° La glycosurie dépend de l'ablation du pancréas, dont la fonction physiologique consiste à détruire le sucre accumulé dans le sang. Aussi le diabète est-il dû, non pas à un excès de production du sucre, mais à un défaut de destruction;

7° La ligature des deux conduits pancréatiques donne lieu à un trouble profond de la digestion intestinale, particulièrement en ce qui concerne l'assimilation des matières grasses. H. R.

Recherches expérimentales sur la cirrhose alcoolique du foie. par DE RECHTER (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *n*° 6, *p.* 425, 1892).

L'ingestion prolongée d'alcool chez les animaux détermine la cirrhose hépatique. La forme de cirrhose obtenue chez le lapin et chez le chien

n'est pas identique aux types de cirrhose de l'homme. Toutefois elle se rapproche plutôt de la cirrhose annulaire atrophique que de la cirrhose hypertrophique biliaire ou de la cirrhose graisseuse. Elle est péri-portale d'une façon presque exclusive chez le lapin ; chez le chien elle est péri-sus-hépatique. Chez l'un et chez l'autre elle est péri-vasculaire et nullement épithéliale. (Résultats confirmatifs des expériences de Hans.)

LEFLAIVE.

L'urine considérée comme bouillon de culture, par COMBEMALE (*Bull. méd. du Nord*, *n°* 4, *p.* 65; 1893).

L'urine est un bouillon de culture favorable à un grand nombre de microbes (staphylocoques, streptocoques, bacille typhique), mais non à tous (pneumocoque). L'urée est l'élément principal qui sert à la vie des bactéries et il est indispensable; la déuréisation de l'urine peut donner la mesure du développement des bactéries. Il est probable que les phosphates, et peut-être encore d'autres éléments normaux, servent à la nutrition des microbes. La température (35°) et l'agitation faverisent le développement des cultures et leur action déuréisante ; l'agitation peut doubler l'énergie de cette action. LEFLAIVE.

I. — Destruction des capsules surrénales chez le chien, par P. LANGLOIS (*C. R. de la Société de biologie*, 29 *avril* 1893).

II. — Influence heureuse de la transfusion de sang normal après l'extirpation des capsules surrénales chez le cobaye, par BROWN-SÉQUARD (*Ibidem*).

I.—Il faut lier une veine pré-capsulaire volumineuse recevant deux veines de la capsule : après quoi l'isolement avec le tissu connectif avoisinant est facile. A droite le voisinage de la veine cave rend quelquefois l'énucléation complète impossible. 7 chiens ont été opérés des deux capsules; mort rapide, peut-être traumatique. 16 chiens opérés d'une capsule ont survécu, sans troubles appréciables. L'ablation de la seconde capsule a entraîné la mort rapide dans tous les cas : la conservation d'une petite partie (1/10) suffit à écarter les dangers. On n'a pas trouvé de capsules accessoires; les chiens acapsulés survivent en moyenne 24 à 36 heures ; si on leur injecte du sang d'un chien mort également acapsulé, ils meurent en 12 heures au plus. L'injection d'une faible quantité de sang d'un animal acapsulé, accélère la mort d'un autre acapsulé, trouble faiblement les animaux qui n'ont subi qu'une destruction partielle, reste sans effet sur les chiens normaux.

II. — Si l'on remplace chez des cobayes décapsulés et déjà en état de mort imminente, une partie de sang (intoxiqué) par du sang de cobaye normal, on éloigne sensiblement l'instant de la mort. DASTRE.

Humeurs et sécrétions dans l'infection expérimentale, par A. CHARRIN (*C. R. de la Soc. de biol.*, 18 *février* 1893).

Les modifications multiples des humeurs au cours des maladies infectieuses sont étudiées par Charrin, qui prend comme type l'infection pyocyanique. Il montre combien ces modifications sont générales et complexes : les propriétés physiques et la composition chimique de toutes

les humeurs (sucs intestinaux, urines, sang, lymphe) sont modifiées de façons diverses suivant les conditions mêmes de l'expérimentation. Les causes de ces altérations sont multiples ; ce sont aussi bien les lésions cellulaires que les actions vaso-motrices indirectes. Les expériences de Charrin mettent en évidence l'extrême variété de ces altérations, et la multiplicité de leurs causes. E. MOSNY.

Toxines et températures. Influences réciproques, par A. CHARRIN (*Journal de pharmacie et de chimie*, 1893).

Depuis longtemps on sait que le système nerveux actionne le degré calorique; on a depuis lors appris à connaître les influences réciproques du degré thermique sur le système nerveux, sur la nature, l'activité, l'abondance des sécrétions, et l'action de celles-ci sur le niveau thermique. Actuellement, on sait quelle action possèdent les toxines microbiennes sur le degré thermique, et on a démontré que les éléments thermogènes sont inhérents au protoplasma bactérien : les expériences de Bouchard et Charrin en sont la preuve. E. MOSNY.

Pression et microbes, par d'ARSONVAL et CHARRIN (*C. R. de la Société de biologie*, 20 *mai* 1893).

Des cultures de bacille pyocyanique sont soumises à 50 atmosphères d'acide carbonique pendant un temps variable. C'est la fonction de reproduction qui se montre la première atteinte, tandis que l'électricité atteint d'abord la propriété de sécrétion. Ce bacille supporte mieux que celui du charbon les effets des agents physiques ; Chauveau, en effet, a atténué la bactéridie charbonneuse avec une pression de 12 atmosphères. DASTRE.

Influence de la lumière solaire et de la lumière électrique sur les microbes de la suppuration, par P. A. CHMIELEWSKI (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 38, *p.* 1893).

Les lumières électrique et solaire ont une action incontestable sur la végétabilité des microbes pyogènes; la lumière électrique ralentit la croissance des colonies, la lumière solaire peut les tuer, si son action dure six heures.

Ce ne sont pas seulement les rayons lumineux qui ralentissent la végétation des microbes, mais encore les rayons chimiques et calorifiques. Tous les rayons du spectre électrique et solaire, excepté les rayons rouges et les rayons infra-rouges, ralentissent la croissance des colonies, surtout du staphyl. pyogène blanc et du bacille pyocyanique, puis du streptocoque de l'érysipèle et du streptocoque pyogène.

Le staph. pyogène doré est plus résistant vis-à-vis de ces rayons, et on n'observe aucune différence dans l'action des différentes parties du spectre soit solaire, soit électrique. L'action de la lumière sur les mouvements du bacille pyocyanique se manifeste par un ralentissement de ces mouvements, voire même par leur arrêt complet, si l'exposition dure six heures. Sous l'influence du soleil, le bacille pyocyanique perd sa propriété chromogène; le staphyl. doré est plus résistant sous ce rapport. Il n'y a pas de différence dans le pouvoir tinctorial par les couleurs

d'aniline entre les agents pyogènes exposés à la lumière et les mêmes microbes cultivés dans l'obscurité, sauf le staphyl. blanc qui se colore mieux, lorsqu'il n'a pas subi l'action de la lumière.

La lumière agit encore sur les milieux nutritifs (gélose et gélatine), en les rendant moins aptes au développement des cultures. Le bouillon exposé préalablement à la lumière ne subit pas cette action. La virulence des microbes est légèrement diminuée sous l'influence de la lumière.

H. FRENKEL.

Toxines et lésions cellulaires, par A. CHARRIN (*C. R. de la Société de biol.*, 13 *mai* 1893).

Les lésions produites par le bacille pyocyanique sont surtout l'œuvre de ses sécrétions ; les principes insolubles dans l'alcool sont à cet égard plus toxiques que les principes solubles ou volatils. L'injection des cadavres microbiens produit des lésions plus marquées que celles dues aux produits filtrés.

DASTRE.

I. — Issue des bactéries normales de l'organisme hors des cavités naturelles pendant la vie.

II. — Choléra arsenical expérimental, par R. WURTZ (*C. R. de la Soc. de biol.*, 17 *et* 24 *décembre* 1892).

I. — Le froid peut, aux derniers moments de la vie, déterminer la pénétration dans le péritoine et dans le sang, des bactéries intestinales. Le mécanisme : lésions congestives que le froid détermine sur l'intestin.

II. — L'empoisonnement par l'acide arsénieux a des traits communs avec le syndrome cholérique. Il y a une congestion des viscères abdominaux. Il y a un rapport entre l'algidité et l'envahissement de l'organisme par les bactéries. Elles apparaissent dans le sang dans les derniers moments de la vie, s'échappent de l'intestin, grâce à son état congestif, et de là se répandent partout.

DASTRE.

Ueber die Absonderung d. Bakterien durch der Nieren (Sur l'élimination des bactéries à travers les reins), par A. CAVAZZANI (*Centralbl. f. allg. Path. Anat.*, *n°* 11, 25 *mai* 1893).

Les modifications de l'épithélium rénal que l'on provoque par l'injection de substances chimiques ou la ligature temporaire de l'artère rénale, hâtent notablement l'élimination des bactéries par l'urine.

Les cellules épithéliales des tubes contournés possèdent, tant qu'elles ne sont pas altérées anatomiquement ou physiologiquement, la propriété de maintenir maintes matières colorantes et maintes bactéries dans le sang circulant.

Lorsque les épithéliums du rein sont altérés par une ischémie temporaire, ils perdent la propriété d'arrêter les matières colorantes et les bactéries, et celles-ci passent avec la plus grande facilité dans l'urine.

PAUL TISSIER.

Rapport entre l'alcalescence du sang et l'immunité, par ZAGARI et INNOCENTE (*Archives italiennes de biologie, XVIII, p.* 482, 1893, *et Giornale intern. di scienze med., XIV*).

La diminution de l'immunité va de pair avec la diminution de l'alcalescence du sang. Les auteurs diminuent l'alcalinité par les moyens connus (injections hypodermiques d'hydrate de chloral, injections d'acide tartrique, alcool, température élevée, jeûne, etc.), et ils voient diminuer la résistance à l'infection. DASTRE.

Influenza dell' ablazione della milza sul potere microbicidio del sangue, par A. MONTUORI (*La Riforma medica, p.* 472, *etc.*, 17 *et* 18 *février* 1893).

D'expériences faites sur des animaux auxquels on injectait, après l'extirpation de la rate, des cultures de bacilles du choléra, de la fièvre typhoïde et du charbon, l'auteur conclut que cette opération, au moins chez le chien et chez le lapin, supprime pour un certain temps le pouvoir microbicide du sérum sanguin; que cette suppression se fait graduellement, que le pouvoir microbicide, après avoir été complètement aboli pendant 20 à 30 jours, reparaît ensuite pour reprendre son activité initiale au bout de 3 à 4 mois; que ces modifications sont plus rapides chez les animaux jeunes que chez les animaux âgés, chez les lapins que chez les chiens. GEORGES THIBIERGE.

Du pouvoir bactéricide du sang dans la fatigue musculaire, par C. CENI (*Archives italiennes de biologie, XIX, p.* 293, *et Giornale intern. di scienze med., XV*, 30 *mars* 1893).

Par le moyen de la fatigue musculaire, le pouvoir bactéricide du sang peut varier chez le même animal suivant le degré de la fatigue supportée. En général, ce pouvoir diminue aussi bien chez la brebis que chez le chien soumis à une fatigue de courte durée ; il augmente au contraire par une fatigue prolongée, au moins chez le chien. DASTRE.

Ueber Farbenreaction des Sputums, par Adolf SCHMIDT (*Berlin. klin. Woch., n°* 10, *p.* 225, 6 *mars* 1893).

Schmidt prélève, avec des pinces, du crachat qu'il veut examiner, une parcelle grosse comme un pois, la place dans un tube à expérience qu'il remplit à moitié d'une solution alcoolique de sublimé à 2 1/2 0/0; puis il agite le tout jusqu'à ce que le crachat soit divisé en flocons très fins. Cette opération réclame un certain temps et de la patience : l'expectoration pneumonique et les crachats purulents se désagrégeant beaucoup plus vite que l'expectoration cohérente des bronches et surtout de la trachée. On laisse ensuite les flocons se déposer, sans avoir besoin d'attendre que le liquide soit parfaitement clair. On décante alors avec précaution l'alcool et l'on remplit le tube jusqu'aux deux tiers d'eau distillée dans laquelle on répartit les flocons de crachat. Il ne reste plus qu'à les colorer avec 3 gouttes du réactif triacide d'Ehrlich modifié par Biondi. Quand la dilution est convenablement faite, c'est-à-dire que les flocons placés contre la lumière sont translucides, leur coloration est effectuée en 6 minutes au plus. On les laisse de nouveau se déposer, on décante prudemment et on ajoute de l'eau distillée qui enlève aux flocons

le superflu de la matière colorante. Enfin, on décante une dernière fois. Toute cette série de manipulations n'exige au plus que 10 minutes. On traite alors les flocons comme les coupes de crachats. Les crachats pneumoniques sont ainsi toujours rouges, par opposition aux crachats muqueux qui sont verts ou bleus ou encore d'une teinte mixte, mais jamais rouges. Plus le mucus est abondant dans l'expectoration, plus la teinte verte domine. Ce sont les crachats séreux qui se rapprochent le plus des pneumoniques, leur nuance est rouge violet. Dans tous les crachats, c'est la teinte de la substance fondamentale amorphe qui prédomine. S'agit-il, au contraire, de crachats purulents contenant de nombreux leucocytes, la couleur prépondérante est le rouge violet du protoplasma; pour les crachats sanguinolents, c'est la teinte rouge orangé de l'hémoglobine.

En résumé, le fait intéressant est la couleur complètement différente de la substance amorphe des crachats, selon qu'ils sont pneumoniques ou bronchitiques, quoique ni l'examen macroscopique ni le microscopique ne révèlent aucune différence dans cette substance fondamentale. Cette diversité de coloration tient à une différence de composition chimique, à la prédominance de l'albumine dans les crachats pneumoniques et de la mucine dans l'expectoration bronchique.

Schmidt pense que cette réaction colorée des crachats peut avoir des applications diagnostiques, par exemple dans le cas où l'on hésite entre une pneumonie (en l'absence des signes pathognomoniques) et une pleurésie, et il rapporte à l'appui une observation de Gerhardt. J. B.

Die chirurgische Bedeutung des Staubes (Rôle des poussières en chirurgie), par S. HÆGLER (*Beitraege zur klinisch. Chirurg. IX, et Hyg. Rundsch., III, n° 4, p.* 157, 15 *février* 1893).

C'est à l'occasion de deux érysipèles survenus dans la clinique de Socin, sans qu'on pût incriminer une infection par contact, qu'Hægler a étudié la question de l'infection par l'air.

Il a d'abord examiné les poussières atmosphériques des salles de malades, de la salle d'opérations, de celles des consultations externes et du laboratoire de bactériologie. Il y a constaté la présence d'un nombre considérable de bactéries et de mucédinées, parmi lesquelles relativement beaucoup de coques pyogènes (staphylocoques et streptocoques); il y a trouvé, en outre, le bacille pyocyanique et parfois les bacilles tétragène et prodigieux. Par exemple, dans la salle où avaient été traités, peu auparavant, les 2 érysipélateux, il a compté, sur une plaque de gélatine, 112 colonies bactériennes et 38 colonies de mucédinées : parmi elles, 4 de streptocoques pyogènes et 9 de staphylocoques pyogènes dorés. Toutes les causes qui soulèvent les poussières ont pour effet d'accroître le nombre des colonies. Le nombre de celles-ci était très petit dans les pièces rarement utilisées, dont l'atmosphère restait calme. Il a également constaté des microbes pyogènes dans les poussières secouées de la chevelure (préalablement nettoyée) et du costume opératoire (préalablement stérilisé) des personnes ayant séjourné un certain temps dans un local rempli de monde.

Dans les poussières atmosphériques desséchées, au bout de 14 à

36 jours, les streptocoques sont encore susceptibles de développement; les staphylocoques, au bout de 56 à 100 jours.

Hægler conclut que les accidents bénins de la guérison des plaies, surtout depuis qu'on opère à sec, doivent être rapportés aux poussières atmosphériques. Il y aurait donc lieu de maintenir une certaine humidité sur le parquet, de le nettoyer par la voie humide, d'arroser les plaies avant de changer les pansements et de pulvériser de l'eau stérilisée avant de procéder à une opération. J. B.

Le tabac et les bactéries, par A. A. FALKENBERG (*Thèse de Kiew*, 1893).

Les feuilles de tabac et le tabac ne contiennent pas de substances qu'on pourrait considérer comme toxiques pour les microbes. Plusieurs espèces bactériennes sont capables de pulluler dans les décoctions et les infusions de tabac, quelle que soit leur concentration. Les microbes pathogènes, excepté le bacille de la morve, poussent bien sur des milieux solides préparés avec une décoction de tabac à 5 0/0; une concentration plus forte de la décoction amoindrit le développement des cultures qui restent stériles, lorsque la décoction est à 10 0/0. La fumée de tabac influence la surface des milieux solides en les rendant impropres au développement des microbes. Les microbes exposés à l'action prolongée de la fumée de tabac et réensemencés sur des milieux solides poussent mal ou pas du tout; réensemencés dans du bouillon, ils poussent moins lentement que sur milieux solides.

Pour tuer les microbes avec la fumée de tabac, il faut que l'action de celle-ci se prolonge pendant des heures, excepté pour le virgule cholérique. Cette action de la fumée de tabac est due non pas aux gaz ou à la nicotine, mais aux substances précipitables et en partie aux bases de pyridine. Les propriétés pathogènes des microbes disparaissent dans ces conditions, plus vite que leur végétabilité. Il n'est pas démontré que le nombre des microbes diminue, dans la cavité buccale, après l'action de fumer. De même la proposition que le tabagisme rend l'organisme moins apte aux maladies infectieuses reste une assertion gratuite. H. FRENKEL.

Sur l'action du peroxyde d'hydrogène sur quelques formes de microbes pathogènes, par Th. CHILOW (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 57 *p.*, 1893).

Dans ses expériences sur le *virgule cholérique*, l'auteur a trouvé que H_2O_2 à la concentration de 1 : 200 tue les bacilles en moins de trois minutes; avec la solution 1 : 300, ce résultat n'est pas obtenu même en une heure. La teneur en H_2O_2 nécessaire pour tuer le virgule de Koch dépend jusqu'à un certain degré du nombre des bacilles dans un volume donné. La proportion de H_2O_2 nécessaire pour arrêter le développement du virgule dans un milieu ne doit pas être inférieure à 1 : 10,000. A 36 degrés, ce gaz arrête plus vite la végétabilité qu'à la température de 18 ou 20 degrés centigrades. L'âge de la culture des virgules de Koch (cultures d'un à huit jours) n'a pas d'influence marquée sur le résultat obtenu.

Le *bacille typhique* est moins résistant que le virgule cholérique vis-à-vis de H_2O_2. Pour tuer le bacille typhique en dix minutes, il faut employer une solution à 1 : 200; en trois heures on peut le tuer même avec

une solution à 1 : 1,000. Entre ces deux extrêmes, il y a toute une gamme de transitions. Pour stériliser un milieu au point d'empêcher le développement du bacille typhique, il suffit d'y introduire du H_2O_2 à la proportion de 1 : 15,000. Avec 1 : 20,000 de H_2O_2 les bacilles s'y développent quelquefois.

Les *spores de la bactéridie charbonneuse* sont tuées en moins de trois minutes avec une solution de H_2O_2 à 14 0/0, en moins de trente minutes avec une solution de 8 0/0 à 3 0/0, en moins d'une heure avec une solution à 2 0/0.

La solution au centième ne tue pas les spores même en une heure. La solution à 1/2 0/0 ou 1/4 0/0 les tue en dix-huit heures.

Les cultures de *staphylocoques* âgées d'un jour périssent en dix minutes sous l'influence du H_2O_2 au centième; les cultures plus âgées ne périssent qu'au bout de vingt minutes, lorsque la proportion est de 2,5 0/0. Il est encore plus difficile de tuer les staphyl. dans du pus qu'en cultures, avec du peroxyde d'hydrogène, probablement parce que le pus décompose ce gaz. De même les cultures de staphyl. produisent le même effet. L'auteur s'est assuré que les staphyl. sécrètent une substance qui décompose le H_2O_2 en eau et en oxygène. Ni le virgule cholérique, ni le bacille typhique, ni le pneumocoque n'ont cette action sur le peroxyde d'hydrogène. Le bacille pyogène fétide possède également cette propriété, mais à un degré plus faible. Ce phénomène peut donc être considéré comme une vraie réaction caractéristique pour les microbes pyogènes.

Le *pneumocoque* résiste très bien au H_2O_2. Il faut pousser la concentration jusqu'à 1 : 200, pour tuer cet agent en quinze minutes. La virulence de ce dernier est plus vite abolie que sa végétabilité.

L'auteur a encore remarqué que les cultures des différentes espèces dans du bouillon peptonisé additionnées de H_2O_2 et d'une solution de permanganate de potasse dans de l'acide sulfurique à 10 0/0 ou 20 0/0, prennent une coloration variable suivant l'espèce bactérienne. Ainsi, les staphyloc. se colorent en jaune ou en jaune vert, les pneumocoques en bleu, le bacille pyogène fétide en vert, le virgule cholérique en rouge brique.

L'intensité de la coloration serait en rapport avec l'âge des cultures.

H. FRENKEL.

Emploi de la glycérine pour maintenir la virulence des cultures microbiennes par A. SCLAVO (*Pubb. della Direz. di Sanita, Roma*, 1892).

On sait que la glycérine conserve indéfiniment la lymphe vaccinale et le vaccin rabique. Sclavo a étudié ses effets sur d'autres cultures microbiennes. En prenant des cultures très virulentes de pneumocoques, obtenues par des inoculations en séries sur les souris, il plonge dans la glycérine la rate d'un de ces animaux mort en vingt heures et l'y laisse soixante-sept jours. Un fragment de cette rate, après lavage à l'eau bouillie, est introduit sous la peau d'un lapin et le tue en trois jours. La virulence du pneumocoque s'est donc maintenue plus de deux mois. Mêmes résultats pour le bacille du choléra des poules, qui garde sa virulence pendant trois mois. Au contraire, la virulence du charbon se perd au neuvième jour.

H. R.

Sur la synthèse microbienne du tartre et des calculs salivaires, par V. GALIPPE (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 8 *mai* 1893).

Les parasites contenus dans ces concrétions n'y existent pas accidentellement, mais sont les agents des phénomènes chimiques déterminant la précipitation des substances qui les constituent. Ces parasites y conservent leur vitalité pendant plusieurs années ; ils sont cultivables et isolables. C'est pourquoi l'auteur a pu réaliser la synthèse microbienne du tartre et des calculs salivaires, c'est-à-dire obtenir dans la salive, comme milieu de culture de ces microbes, des petites concrétions ayant un squelette organique constitué par un lacis très serré de microorganismes ayant déterminé la précipitation des sels terreux. M. DUVAL.

Microorganismes dans la trachéo-bronchite simple, par L. QUEYRAT (*Société de biologie*, 25 *février* 1893).

On trouve dans les crachats du rhume simple, des cocci simples ou en chaîne, abondants pendant les premiers jours de la maladie, fournissant sur la gélose des colonies jaunes ou blanches à 35°-37°. Ils ne cultivent pas à 15°. Ce sont des streptocoques. Ils jouent un rôle prépondérant, et le froid seulement un rôle accessoire dans l'étiologie de la trachéo-bronchite simple. DASTRE.

Contribution à l'étude de la tuberculose aviaire chez le lapin, par KOSTENITSCH et WOLKOW (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 2).

Les bacilles aviaires, injectés dans le centre de la cornée du lapin, s'y multiplient tout d'abord très rapidement, au moins dans certains cas ; puis ils persistent comme de simples corps étrangers, sans provoquer d'irritation durable. Introduits dans la circulation sanguine, ils peuvent causer la mort en 10 à 30 jours ; il n'y a alors aucune altération macroscopique des organes, la rate est seulement grosse. Si les choses vont moins vite, il se développe des tubercules surtout dans le poumon et l'œil. Dans les tissus, les cellules épithélioïdes des follicules se développent aux dépens des cellules fixes. Les cellules géantes s'observent communément. Les différences d'avec l'infection par le bacille humain consistent en ce que dans la tuberculose aviaire, la réaction initiale est plus intense, les tubercules plus tardifs, les cellules épithéloïdes homogènes et sans noyaux, enfin le type de la dégénérescence caséeuse fort distinct. GIRODE.

Tuberculose und Septicämie, par PETRUSCHKY (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 14, *p.* 317, 1893).

Koch, Kitasato et Cornet ont démontré la fréquente existence des streptocoques dans les cavernes tuberculeuses. L'auteur considère l'infection streptococcique comme la plus habituelle des complications de la tuberculose. Sur quatorze phtisiques examinés par lui, huit avaient des streptocoques dans le sang et dans le suc de tous les organes. D'après lui, ce n'est là qu'une infection secondaire; on ne peut penser que les deux microbes aient envahi simultanément l'organisme.

C'est à l'infection streptococcique secondaire qu'il faut attribuer la

fièvre hectique. La courbe de la fièvre hectique des tuberculeux rappelle la courbe de tous les sujets qui suppurent; c'est la courbe des streptocoques.

Le streptocoque trouvé dans les crachats et dans les organes des phtisiques est moins virulent que celui de l'érysipèle, de la fièvre puerpérale, etc. De là la chronicité du processus septique dans la tuberculose. Lorsque le microbe est retenu dans l'organisme, la fièvre s'exaspère; lorsqu'il peut être expulsé avec les crachats, la fièvre s'atténue. Ces alternatives sont comparables à celles que font naître les abcès.

L'existence de l'infection streptococcique explique l'insuccès de la tuberculine de Koch dans un grand nombre de cas. Ce remède ne doit être administré qu'aux tuberculeux non fébricitants. Donc il faut l'employer de bonne heure. L. GALLIARD.

Osservazione clinica e ricerche sperimentali intorno alla influenza delle inflammazioni da streptococco nelle affezioni tubercolare, par A. NANNOTTI (*La Riforma medica, p.* 627, 638 *et* 652, 5, 6 *et* 7 *juin* 1893).

A propos d'un cas de tuberculose du genou avec fistules dans lequel la guérison se produisit à la suite de plusieurs érysipèles, l'auteur a entrepris une série d'expériences sur l'inoculation du streptocoque aux animaux tuberculeux. Il conclut de ces recherches que, tant chez le cobaye que chez le lapin les infections à streptocoques n'entraînent nullement la généralisation du processus tuberculeux; les inflammations à streptocoques peuvent, lorsqu'elles agissent directement sur une affection tuberculeuse, la modifier plus ou moins et la faire disparaître complètement, mais ne détruisent pas le bacille tuberculeux; les inflammations à streptocoques exercent sur les affections tuberculeuses une action analogue à celle des injections de substances chimiques irritantes.

GEORGES THIBIERGE.

Untersuchungen ueber die Wirkungen d.... (Recherches sur les suites de l'inoculation de la tuberculose dans les centres nerveux, par A. TEDESCHI (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, *n*° 13, 1er *juillet* 1893.)

Inoculation dans le cerveau ou la moelle chez quatre-vingt-cinq animaux (cobayes, lapins, rats, chiens, chats) de petites quantités de cultures, d'organes tuberculeux ou d'exsudats tuberculeux.

A la suite de l'inoculation dans le cerveau, rien tout d'abord, paresse du train postérieur, quelquefois paralysie totale à la suite de l'inoculation dans la moelle. Ces symptômes s'atténuaient ou disparaissaient pour reprendre ensuite du fait des progrès de la lésion. Mort plus rapide que par les inoculations faites ailleurs. Avec l'exsudat des méninges, du cerveau et de la moelle, quelquefois aussi de la rate, l'auteur obtint des cultures pures, extrêmement virulentes.

Les chiens très résistants, succombent à l'inoculation dans les centres nerveux. Il en est de même des rats (*mus decumanus var. alba*). En dehors d'une abondante multiplication des bacilles, d'une méningo-myelo-encéphalite tuberculeuse, les animaux présentent de la tuberculose miliaire géneralisée.

Voici les lésions des centres nerveux. Le liquide céphalo-rachidien

est très riche en bacilles. Les méninges et le tissu nerveux présentent des granulations tuberculeuses, surtout abondantes au pourtour des vaisseaux. Chez les animaux très résistants, on trouve parfois de gros nodules comme chez l'homme. Le cylindre axe, la gaine de myéline sont très altérés. Du côté des cellules nerveuses : tuméfaction trouble ou nécrose.

L'auteur s'est assuré qu'il n'y avait pas à mettre en cause une autre infection. PAUL TISSIER.

Sur les effets de l'alimentation des animaux avec les viandes d'animaux tuberculeux, par V. J. LOUKACHEWITCH (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1893).

Loukachewitch a soumis à l'observation pendant quatre mois onze chiens et dix chats qu'il a nourris avec de la viande crue ou bouillie et avec du bouillon provenant d'animaux tuberculeux.

Il a trouvé que la viande saisie dans les abattoirs, ainsi que celle qui a été déclarée utilisable à condition d'être soumise à la salaison, a été nuisible aux animaux en expérience; la viande salée moins que celle qui a été totalement prohibée. Les effets de l'alimentation avec la viande tuberculeuse ont été plus marqués chez les chats que chez les chiens.

Sur quatre chats qui ont ingéré de la viande crue saisie, trois présentèrent des lésions pulmonaires. Les autres chats sont restés vivants et n'ont pas présenté des lésions pulmonaires.

Tous les animaux qui ont ingéré de la viande tuberculeuse ont présenté les lésions suivantes : hypertrophie des ganglions mésentériques et des follicules intestinaux, catarrhe intestinal; lésions parenchymateuses (circonscrites) des reins et du foie, plus rarement du cœur; hypertrophie des follicules de la rate.

La force digestive du suc gastrique a été plus forte chez le chien que chez le chat. L'acidité totale du suc gastrique à la fin de l'expérience de l'ingestion de viandes tuberculeuses a été moindre chez les chiens et les chats en expérience que chez les témoins. L'examen microscopique direct a permis, dans quelques cas, de constater la présence des bacilles de Koch dans la viande tuberculeuse.

L'injection sous-cutanée de l'émulsion musculaire obtenue par trituration de la viande tuberculeuse avec la solution physiologique de sel de cuisine et après filtration à travers une toile stérilisée a produit l'infection tuberculeuse chez deux cobayes sur cinq. L'injection d'une telle émulsion est préférable à l'injection du suc musculaire, car *a*) cette émulsion contient en outre du suc musculaire encore des parcelles de viande, *b*) elle se putréfie plus lentement, *c*) elle se résorbe plus rapidement.

Les deux dernières conditions ont de l'importance en ce sens qu'elles permettent d'injecter de plus grandes quantités d'émulsion sans voir périr les animaux de septicémie. H. FRENKEL.

Rôle microbicide des sucs digestifs sur le bacille de Koch. Transmission de la tuberculose par les matières fécales, par CADÉAC et BOURNAY (*C. R. de la Société de biologie*, 10 *juin* 1893).

Les auteurs démontrent, avec Straus et Wurtz, Falck, Baumgarten,

Fischer, Zagari, qu'en ce qui concerne les bacilles de Koch, le suc gastrique est tout à fait inefficace pour les détruire. L'estomac est un protecteur insuffisant contre l'infection tuberculeuse, malgré l'intégrité de ses fonctions. Les chiens qui mangent des matières tuberculeuses, deviennent des agents disséminateurs du bacille de Koch propre à infecter les écuries, les étables, les prairies. On retrouve les bacilles de Koch dans les excréments des pigeons comme dans ceux des chiens. DASTRE.

Recherches sur la nature des poisons de la diphtérie et du choléra, par par OMLIMSKY (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 3).

Le liquide de Nœge li additionné de glycérine, de sucre, ou éventuellement d'urée, forme un milieu de culture très favorable au bacille diphtérique et cholérique; l'absence d'albumine dans ce milieu rend plus facile l'étude des poisons sécrétés par ces microbes. Le poison de la diphtérie obtenu dans ces conditions appartient au groupe des corps albuminoïdes et en possède les réactions colorantes. Il est voisin des peptones et a pu être avec raison rapproché des enzymes par Roux et par Yersin. Les cultures du vibrion cholérique renferment une nucléo-albumine; mais ce produit n'est pas toxique et le poison cholérique est un autre corps différent des albumines et des globulines, se rapprochant des corps albuminoïdes à composition peu complexe. En tous cas, ces poisons bactériens ne résultent pas d'une décomposition du milieu nutritif, mais résultent d'une sécrétion propre opérée dans le corps des microbes. GIRODE.

Etat des globules du sang chez un homme qui a été soumis à la vaccination cholérique, par R. L. WATKINS (*Archives de physiologie*, *p.* 721, *octobre* 1892).

L'auteur a subi la vaccination cholérique de Haffkine. Six heures plus tard, nausées, demi-sommeil, abaissement de la température; le lendemain, état crénelé, deshématié, granuleux des leucocytes, caractère distinct des plaquettes hématiques. Ces altérations ont duré quatre jours.

Une seconde inoculation ne produisit ni malaise, ni altération des globules, mais de la fièvre. DASTRE.

Zur Biologie des Kommabacillus, par Eug. FRÄNKEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 46, *p.* 1047, 1892).

En augmentant l'alcalinité de la gélatine utilisée pour les cultures de bacille virgule, on en accélère la liquéfaction. La gélatine fortement alcalinisée est un milieu favorable au développement du bacille.

Dans la gélatine liquéfiée on voit parfois les parties limpides acquérir une coloration brunâtre; dans de rares cas la culture ou la gélatine liquéfiée deviennent rosées.

Malgré l'opinion généralement acceptée, la coagulation du lait, qui ne devrait être produite que par les vibrions de Finkler et de Deneke, peut être déterminée par le bacille virgule. Déjà Netter avait indiqué le fait. Fränkel a vu le lait se cailler au bout de 24 heures; parfois il faut attendre trois ou quatre jours. On peut retarder le phénomène jusqu'au

7e et même jusqu'au 11e jour si l'on soumet le lait à une cuisson prolongée.

Les pellicules qu'on trouve à la surface de la gélatine contenant de vieilles cultures peuvent servir à accélérer, au contraire, la coagulation du lait. L. GALLIARD.

Ueber ein durch Cholerabacillen gebildetes Enzym, par FOKKER (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 50, *p.* 1151, 1892).

A l'exemple d'E. Fränkel, l'auteur admet que le bacille cholérique peut faire cailler le lait et que cette coagulation est accélérée par les pellicules qui se trouvent à la surface des cultures anciennes sur gélatine.

Dans les cultures cholériques sur gélatine liquéfiées, l'alcool précipite, avec les peptones que produisent toujours les bactéries, une substance qui, dissoute dans l'eau, fait cailler le lait frais à 37 degrés au bout d'un temps très court. Cette substance est un enzyme.

Cet enzyme se produit également lorsqu'on cultive les bacilles cholériques dans le lait stérilisé; il y a une réaction faiblement acide lorsque la coagulation s'effectue.

L'enzyme devient inactif au-dessus de 60 degrés. L. GALLIARD.

Die Einwirkung des Spermins auf Cholerabacillen, par PŒHL (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 49, *p.* 1124, 1892).

Pœhl pense que les résultats obtenus par Brieger, Kitasato et Wassermann à l'aide de l'extrait de thymus sont dus à la présence de la spermine dans cet extrait.

Il ajoute à 10 parties de gélatine une partie de la solution de spermine à 2 0/0; il stérilise le mélange et l'emploie pour cultiver le bacille-virgule; or, dans les cultures ainsi faites, il est impossible de déceler par l'HCl et l'alcool amylique la présence du rouge du choléra, tandis que les cultures faites parallèlement sans spermine fournissent la réaction caractéristique.

La spermine modifie donc les propriétés biologiques du bacille-virgule; elle n'entrave pas le développement de ce bacille. L. GALLIARD.

Ueber eine neue im Wasser gefundene Kommabacillenart (Nouveau bacille virgule trouvé dans l'eau), par C. GÜNTHER (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 49, *p.* 1124, 1892).

Dans l'eau de la Sprée puisée à Stralau pour la consommation berlinoise, l'auteur a trouvé, le 17 octobre 1892, un bacille qui fournissait dans la gélatine des colonies semblables à celles du bacille-virgule de Koch et qui offrait le même aspect que ce dernier. Il a fait des cultures dans l'agar.

Pour la rapidité de l'accroissement et la liquéfaction de la gélatine, le nouveau bacille se place entre le vibrion de Deneke et celui de Metchnikoff; il est plus rapidement actif, par conséquent, que le bacille-virgule de Koch.

Il se distingue spécialement par deux choses : à la suite de l'inoculation il ne forme qu'une couche superficielle, ayant besoin d'oxygène

plus que les autres bacilles; sur les plaques de gélatine il forme des masses arrondies, dont les bords sont tellement nets qu'il semblent avoir été taillés à l'emporte-pièce, dont la coloration est brunâtre et dont la surface présente des granulations extrêmement fines.

Enfin il ne se cultive pas dans le bouillon. L. GALLIARD.

Untersuchungen ueber giftige Eiweisskœrper bei Cholera asiatica und einigen Faeulnissprocessen (Les toxalbumines du choléra et de la putréfaction animale), par SCHOLL (*Arch. f. Hyg. XV, et Hyg. Rundsch., II, p.* 1024).

Dans l'intestin, les vibrions du choléra subissent leur développement à l'abri de l'air et se sustentent principalement avec de l'albumine pure ou relativement peu altérée (pas de l'albumine morte) et en partie aussi avec de l'albumine dédoublée ou avec ses produits ultérieurs de décomposition. Il est indispensable de respecter ces conditions quand on recherche les substances toxiques des bacilles cholériques. Comme milieu nourricier formé d'albumine pure, Scholl s'est servi, à l'exemple de Hueppe, d'œufs de poule ; le dégagement d'hydrogène sulfuré devait reproduire assez exactement les conditions d'anaérobie. Après séjour de 20 jours à l'étuve, le contenu des œufs était soumis à l'examen bactériologique et sa toxicité éprouvée à l'aide d'injections sur des animaux.

Scholl n'a pu y décéler aucune des ptomaïnes signalées (*R. S. M.*, XXXII, 469) par Baumann et par Udransky.

En revanche, en versant goutte à goutte, dans dix fois son volume d'alcool, le contenu liquéfié des œufs, il obtint un précipité qui, repris par l'eau, fournit un corps ayant les réactions des peptones et tuant rapidement les cobayes, en injections intra-péritonéales. Ce corps desséché est dénué de propriétés toxiques, ce qui semble prouver son instabilité. D'autre part la rapidité de ses effets chez les animaux et l'existence d'une dose active minima montrent qu'il ne s'agit pas d'un ferment.

A côté de cette toxo-peptone (*R. S. M.*, XXXVIII, 45), Scholl a découvert, dans la partie du précipité alcoolique insoluble dans l'eau, un autre corps toxique, ayant les caractères de la globuline (toxo-globuline cholérique) et tuant en 20 minutes, au milieu de crampes violentes, les animaux auxquels on l'injecte dans le péritoine.

Scholl a également étudié les poisons formés par les vibrions cholériques vivants, à l'abri de l'air, sur de l'albumine morte (solution d'extrait de viande et de peptone). Il fait remarquer à ce propos que l'accoutumance à un développement anaérobie de la part des cultures crues longtemps dans les conditions inverses, ne peut être que graduelle. C'est pour l'avoir oublié que Pfeiffer n'a obtenu que des résultats négatifs. Scholl a isolé des cultures cholériques sur albumine morte, les corps toxiques suivants : une peptone supportant la température de 100 degrés et que pour cela il croit identique à la toxo-peptone de Petri (*R. S. M.*, XXXVIII, 501) ; une substance extrêmement susceptible à la chaleur et semblable à la peptone retirée des œufs; un corps analogue aux peptones retiré en quantité beaucoup plus faible des cultures à l'air sur albumine morte; ce dernier supporte d'être chauffé à 100° centigrades pendant un quart d'heure, sans rien perdre de sa toxicité.

J. B.

The anticholera vaccination, par E. KLEIN (*Brit. med. j.*, *p.* 632, 25 *mars* 1893).

Klein a répété et multiplié les expériences d'Haffkine avec des cultures de bacilles virgules, de vibrion de Finkler, de coli-bacille, de bacille d'Eberth et de bacillus prodigiosus.

a) Dans tous les cas, l'injection intra-péritonéale des cultures donne lieu à une maladie caractérisée par l'algidité de ce collapsus, la mort survient en 20 heures, avec des lésions de péritonite pseudo-membraneuse en présence de bacilles dans le sang. Jamais les animaux ne manifestent les symptômes de diarrhée et de vomissements qui caractérisent le choléra.

b) Mêmes résultats si au lieu d'employer les cultures vivantes on les injecte stérilisées (par l'exposition pendant 10 minutes à une température de 65°.) La mort survient seulement plus lentement.

Il résulte de cette première série d'expériences que six espèces différentes de bactéries renferment dans leur protoplasma un principe toxique dont les effets sur l'organisme sont similaires pour ne pas dire identiques.

c) A doses minimes, l'injection intra-péritonéale des cultures détermine une maladie transitoire ; une fois guéris, les cobayes sont réfractaires aux doses mortelles de l'injection. Ce résultat est obtenu pour les cultures vivantes comme pour les cultures stérilisées.

d) Les conditions de vaccination se maintiennent même pour des injections d'espèces bactériennes différentes. Ainsi les animaux qui ont reçu les cultures du bacille de Finkler ou de coli-bacille sont réfractaires aux injections de virus fort de bacilles virgules.

e) Résultats analogues, si au lieu de faire l'injection intra-péritonéale on fait l'injection sous-cutanée. L'affection locale qui se produit a des caractères identiques pour les six bacilles précités.

f) On peut également accroître la virulence de l'exsudation péritonéale en la faisant passer successivement par une série de cobayes ; cela aussi bien pour le coli-bacille ou le bacille de Finkler que pour le bacille virgule.

g) Les injections sous-cutanées répétées à petites doses rendent les animaux réfractaires aux injections du virus fort d'Haffkine, même si l'espèce injectée n'est pas le bacille virgule. Klein l'a vérifié pour le bacille de Finkler, le coli-bacille et le bacille prodigiosus.

L'auteur insiste sur ce que la toxine intracellulaire contenue dans ces différentes espèces microbiennes (et qui paraît être la même) doit être distinguée des substances toxiques sécrétées dans les milieux vivants par ces mêmes microbes, qui diffèrent très sensiblement les uns des autres. Ce qui le prouve, c'est que les animaux vaccinés en devenant réfractaires au virus fort d'Haffkine, succombent quand on leur inocule sous le péritoine une culture sur gélatine de bacilles virgules. Protégés contre le poison intra-cellulaire des microbes, ils ne le sont plus contre les toxines élaborées par eux dans le milieu de culture. H. R.

Zur Immunitätsfrage und Blutserumtherapie gegen Cholerainfection, par PAWLOWSKI et BUCHSTAB (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 22, *p.* 516, 1893).

Pour guérir le choléra, il faut neutraliser les peptotoxines sécrétées par le bacille virgule.

Pawlowski et Buchstab divisent leur étude en trois parties.

1° Ils confèrent l'immunité aux lapins et aux cobayes en leur inoculant d'abord des cultures de bacille virgule stérilisées à 56 degrés, puis des cultures faiblement virulentes, enfin du virus exalté par une série de passages sur les lapins et les cobayes. La vaccination peut être effectuée à l'aide d'injections intra-péritonéales, sous-cutanées ou intra-gastriques.

2° Ils empruntent aux animaux immunisés une certaine quantité de sérum sanguin à l'aide duquel ils vaccinent des animaux de même espèce.

Pour obtenir une masse suffisante de sérum, ils vaccinent des chiens dont ils éprouvent ensuite la résistance au virus. Un gramme de sérum sanguin d'animal immunisé vaccine 130 kilogrammes d'animal; pour l'homme, il suffirait donc d'injecter 50 centigrammes de ce sérum. Le même sérum arrête le développement des cultures de bacille virgule *in vitro* et empêche la réaction du rouge.

3° Ce sérum n'a pas seulement l'efficacité d'un vaccin; il est doué de vertus thérapeutiques. Seize lapins, ayant subi l'inoculation d'un virus mortel, reçurent au bout de quelques heures des injections de sérum immunisé; parmi eux, quatre seulement succombèrent; la mortalité ne fut donc que de 25 0/0.

Pour démontrer l'innocuité du remède, Pawlowski et Buchstab ont pratiqué sur leur garçon de laboratoire et sur eux-mêmes une injection d'un centimètre cube de sérum d'un chien immunisé; ils n'ont pas eu le moindre accident.

Ils pensent donc que leur méthode doit entrer dans la pratique médicale. L. GALLIARD.

I. — Recherches sur le choléra et les vibrions, par E. METCHNIKOFF (*Annales de l'Institut Pasteur, n°* 5, *p.* 403, 25 *mai* 1893).

II. — Recherches sur le choléra et les vibrions. 2e mémoire. Sur la propriété pathogène des vibrions, par El. METCHNIKOFF (*Ibidem*, *n°* 7, *p.* 562, 25 *juillet* 1893).

I. — Des recherches de l'auteur sur la propriété préventive du sang chez soixante-huit personnes, il résulte que ce pouvoir, vis-à-vis du vibrion typique d'origine indienne, est extrêmement variable. Il existe presque chez la moitié des hommes qui n'ont pas eu le choléra et dans 58 0/0 des personnes qui en ont subi l'attaque.

Presque la moitié des malades cholériques et la moitié des individus morts de cette affection présentent également la propriété préventive du sang. La guérison peut se faire sans que cette propriété s'établisse.

II. — Malgré sa parenté étroite avec plusieurs espèces vibrionniennes et surtout avec le vibrion de Gamaleia, le bacille virgule de Koch dont le diagnostic présente souvent de très grandes difficultés est bien le microbe spécifique du choléra. Quoiqu'il existe des points obscurs dans l'étiologie et la marche des épidémies cholériques (surtout l'immunité locale), ce n'est plus la théorie de Koch qui doit s'adapter aux faits de l'épidémiologie, mais bien ces faits qui doivent être considérés avec

cette vérité fondamentale que le bacille virgule est l'agent spécifique du choléra asiatique.

D'un autre côté, il résulte des expériences rapportées par l'auteur que les vibrions cholériques peuvent être ingérés en très grande quantité sans provoquer le choléra. Pour que cette maladie se produise, il faut une sensibilité particulière de l'organisme humain, dont les éléments nous sont inconnus. Il ne s'agit pas ici d'une prédisposition à l'indigestion, mais bien de quelque chose de particulier. Les conditions dans lesquelles se trouvent les vibrions cholériques chez l'homme sont très compliquées. Ces microbes, ainsi que leurs produits, entrent en relations multiples avec les sucs digestifs et les cellules de l'organisme (les phagocytes jouent un rôle incontestable dans le choléra humain). D'un autre côté, les vibrions et les toxines entrent en collision avec les autres microbes du canal digestif et subissent l'influence de leurs produits divers.

Tous ces points délicats ne pourront être éclaircis que par des recherches ultérieures.

A en juger par les expériences peu nombreuses réalisées, la vaccination de l'homme par voie digestive est beaucoup plus efficace que celle faite par voie hypodermique. Les vibrions analogues au bacille virgule peuvent être aussi pathogènes pour l'homme.

On peut considérer comme acquis que la guérison naturelle dans le choléra s'établit sans que la propriété préventive du sang s'établisse. D'un autre côté, cette propriété peut se développer sans que cela empêche l'homme atteint de choléra de mourir de cette maladie, même dans la première période de son évolution. Le choléra nous fournit donc un nouvel exemple d'une maladie où la guérison ne peut être expliquée par la propriété préventive du sang. PAUL TISSIER.

Recherches expérimentales sur le choléra asiatique indo-chinois, par A. CALMETTE (*Arch. de méd. navale, mars et avril* 1893).

L'auteur confirme le fait énoncé par Haffkine, que l'aération continue modifie la puissance toxique du microbe au point de le rendre inoffensif, mais que celui-ci peut recouvrer ses propriétés nocives à peu près intégralement, dès que les influences modificatrices ont cessé d'agir sur lui.

Ses expériences sur l'animal lui ont aussi démontré que lorsque, après alcalinisation de l'estomac, on fait ingérer une culture de bacilles du choléra, cette culture agit par les toxines qu'elle renfermait déjà avant d'être ingérée et non par celles produites dans l'intestin de l'animal par la culture. L'alcalinisation de l'estomac et la narcose intestinale ne préparent donc point un terrain propre au développement des bacilles, mais diminuent la résistance des animaux à l'intoxication cholérique.

L'auteur étudie ensuite la vaccination des animaux contre le choléra, le mécanisme de l'immunité acquise, immunité très variable, de très courte durée, et qu'il attribue à une modification toute passagère de l'activité chimiotaxique des leucocytes.

Calmette a aussi étudié l'immunisation chimique à l'aide d'un extrait glycériné de cultures du bacille virgule : les résultats obtenus paraissent meilleurs que ceux obtenus avec les autres méthodes.

Se basant sur les propriétés dialytiques de la toxine soluble sécrétée par le bacille virgule, C., pour débarrasser l'organisme d'une partie du poison déjà absorbé, propose de faire circuler dans le péritoine une grande quantité de sérum artificiel. Des lapins inoculés ont été ainsi traités avec succès, et Calmette se propose, le cas échéant, chez des cholériques algides, de faire circuler lentement, dans le péritoine, environ 30 à 40 litres de sérum à 42 degrés, espérant entraîner ainsi la plus grande quantité possible de toxines absorbées. MAUBRAC.

L'étiologie du choléra, par ZIENIEC (*Vratch, n*os 12-14, 1893).

L'auteur discute la question de la spécificité du bacille virgule et n'hésite pas à la résoudre par l'affirmative. Les nombreuses variétés décrites par Cuningham ne seraient que des formes involutives du virgule spécifique. Les organismes d'Emmerich sont des bactéries fécales vulgaires qui ont eu le temps de remplacer les virgules cholériques pendant le voyage de Naples à Munich. L'auteur n'admet pas l'hypothèse de Peter sur la transformation du coli-bacille en virgule, parce qu'on n'a jamais vu d'exemple d'une telle transformation et parce que le coli-bacille ne subissait pas cette évolution avant 1823, époque à laquelle le choléra fut importé en Europe. Enfin l'auteur a trouvé le virgule de Koch dans toutes les selles cholériques qu'il a examinées à l'occasion de l'épidémie dans le gouvernement de Lublin (1892), et leurs cultures ont été d'autant plus pures que le cas était plus récent et plus grave.

Zieniec reprend ensuite l'hypothèse émise par Nencki, à savoir que les différentes formes cliniques d'une maladie infectieuse sont fonction non pas de l'organisme spécifique seul, mais des associations bactériennes.

La variabilité des formes cliniques ne dépendrait que d'infections mixtes. Mais il ne faut pas oublier l'influence des facteurs secondaires, tels que la résistance individuelle (phagocytose et pouvoir microbicide du sang) et les conditions sociales, l'influence du sol, de l'eau, de l'air (dissémination des virgules par l'air sec — Manfredi) et des conditions météorologiques. H. FRENKEL.

Ueber einen dem Cholerabacillus ähnlichen Pilz (Bacille ressemblant à celui du choléra), par FOKKER (*Deutsche med. Woch., n*° 7, *p.* 162, 1893).

L'auteur a trouvé dans l'eau un bacille virgule qui se distingue du *vibrio aqualilis* de Günther et aussi du bacille-virgule de Koch.

Dans les tubes, il provoque la liquéfaction de la gélatine dès le 2e jour. Sur les plaques, il forme au bout de 24 heures des colonies arrondies nettement limitées, finement granuleuses, jaunâtres, avec un point central plus foncé.

Les colonies se développent sur l'agar à 37°, dans le bouillon et la peptone à la température de la chambre.

On ne trouve que d'une façon intermittente la réaction de l'indol. Injectées aux animaux, les cultures ne produisent aucun accident.

Le bacille de Fokker produit le même enzyme que le bacille du choléra.

Pendant les trois mois qu'ont été étudiées les cultures, le bacille a subi quelques modifications.

Fokker suppose qu'il s'agit là d'un bacille cholérique dégénéré.

L. GALLIARD.

Weitere Beitraege zur Biologie des Cholerabacillus. Einfluss der Kaelte auf seine Lebensfaehigkeit, par J. UFFELMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 7, *p.* 158, 13 *février* 1893).

Il résulte des expériences faites par Uffelmann, l'hiver dernier, dans le jardin de l'Institut d'hygiène de Rostock, que les bacilles cholériques possèdent une grande résistance à l'action du froid. Ils supportent sans succomber une température de 24,8 degrés centigrades au-dessous de zéro, même dans la glace ou la terre librement exposées à l'air froid. Ils ne succombent à l'influence du froid qu'après un temps dont la durée paraît dépendre de l'intensité du froid.

Sous le rapport de la résistance au froid, il ne semble pas y avoir de différence essentielle entre les cultures cholériques complètement fraîches et les cultures plus anciennes.

D'où il y a lieu de déduire pour la pratique que les bacilles cholériques se trouvant dans des endroits protégés, sous la neige par exemple, ne sont pas aussi facilement détruits par la température hivernale qu'on le croit, et qu'ils peuvent très bien rester vivants dans de la glace, au moins récente.

J. B.

Des poisons produits par le bacille intestinal d'Escherich, par A. GILBERT (*Société de biologie*, 25 *février* 1893).

Le bacille d'Escherich fraîchement extrait des selles d'un homme adulte et sain produit dans les bouillons de culture des substances toxiques. (Toxicicité du bouillon simple 165 centimètres cubes de liquide par kilog de lapin ; toxicicité du bouillon ensemencé : 37 à 94.) — Les phénomènes d'intoxication se succèdent en trois phases distinctes : ils ressemblent à ceux qui succèdent à l'injection intra-veineuse d'urine. Les poisons intestinaux ont donc une grande part dans la toxicité des urines et dans l'apparition des symptômes urémiques.

DASTRE.

Contribution à l'étude des bactéries intestinales, par A. GILBERT et G. LION (*Société de biologie*, 18 *mars* 1893).

Il existe dans l'intestin un certain nombre de types microbiens qui ont été jusqu'ici confondus sous la dénomination de bactérium coli commune. Des recherches sont nécessaires pour déterminer la valeur des caractères différentiels de ces types et établir s'il s'agit d'espèces distinctes ou de races d'une même espèce. Il est indispensable de préciser ces caractères lorsqu'on utilise un de ces agents. Le terme de bactérium coli commune ne doit être employé que pour désigner la forme mobile, ne liquéfiant pas la gélatine, donnant sur pomme de terre une culture épaisse, jaune maïs, faisant fermenter la lactose, coaguler le lait et donnant la réaction de l'indol.

DASTRE.

Culture du bacterium coli dans l'urine, par N. HALLÉ et A. DISSARD (*Société de biologie*, 18 *mars* 1893).

Le bactérium coli cultive bien sur l'urine humaine normale stérilisée

par filtration. Cette culture détermine le changement de réaction de l'urine qui devient faiblement alcaline. Le microbe attaque lentement et partiellement l'urée, avec production de carbonate d'ammoniaque et d'albuminoïdes (?) DASTRE.

Perméabilité de la paroi de l'intestin étranglé aux microbes, par ARND (*Centralbl. f. Bakteriol., XII, nos 5 et 6*).

Arnd a cherché à préciser la question du passage des microbes à travers l'intestin dans les étranglements internes, pour décider si l'intoxication péritonéale peut se faire en l'absence d'un point de nécrose intestinale. Il a expérimenté sur des lapins, produisant la constriction de l'intestin au moyen d'une bande élastique. Si l'on a soin d'introduire préalablement dans le tube digestif des cultures du bacille pyocyanique ou du B. prodigiosus, on les voit traverser les parois intestinales dès qu'il y a stase de sang dans la paroi de l'anse étranglée. H. R.

Première note sur les microorganismes qu'on rencontre dans la rate et le cerveau des malades morts de typhus exanthématique, par CURTIS et COMBEMALE (*Bull. méd. du Nord, n° 11, p. 239, 1893*).

Les cultures faites à l'aide de sang recueilli sur le vivant par piqûre digitale ont été toutes stériles.

Les cultures cadavériques ont été pratiquées avec des organes aussi frais que possible (de 2 à 12 heures après la mort). De six autopsies suivies de cultures, trois seulement ont donné des résultats positifs.

La pulpe splénique et la substance cérébrale portées sur gélatine et laissées à la température de 18° à 20°, sont toujours restées stériles. Ces mêmes matières, ainsi que le liquide ventriculaire, ensemencés sur sérum, sur agar ou sur bouillon maintenus à l'étuve entre 35° et 37°, ont donné au bout de 2 à 3 jours des enduits grisâtres qui, reportés ensuite sur divers milieux, végètent dans des conditions où les cultures de premier jet avortaient.

On peut ainsi isoler un microorganisme qui se présente sous forme d'un diplocoque très petit, se trouvant presque aux limites de la visibilité avec des grossissements de 1,000 diamètres. Ces diplocoques se groupent en petits amas ou en fausses chaînettes. LEFLAIVE.

Inoculation of measles, par Hugh THOMSON (*Brit. med. j., p. 754, 8 avril 1893*).

L'auteur a inoculé neuf enfants avec de la sérosité recueillie sur des vésicatoires appliqués sur des sujets atteints de rougeole. Ces neuf inoculations ont donné les résultats suivants : Chez les deux premiers enfants, la vaccination paraît avoir créé l'immunisation. Le troisième, qui était en incubation de rougeole, a vu sa maladie très diminuée : le quatrième a eu la rougeole dans sa forme la plus bénigne. Le cinquième a été immunisé. En somme, quatre cas favorables à la vaccination morbilleuse, deux insuccès, deux demi-succès. On ne saurait encore tirer des conclusions pratiques. H. R.

Recherches sur la pathogenèse et l'étiologie de l'infection vaccinique et varioleuse, par G. GUARNIERI (*Arch. italiennes de biologie, XIX, p.* 195, 1893, *et Archivio per le scienze mediche, XVI, fasc.* 4).

L'infection vaccinique a pour signe constant la pustule. Celle-ci est consécutive à une altération de l'épithélium du corps muqueux de Malpighi. Ces altérations elles-mêmes seraient dûes à la vie endocellulaire d'un être amœbiforma, sorte de sporozoaire parasite, que l'auteur nomme Citoryctes, c'est-à-dire rongeur du protoplasme cellulaire. Dans l'infection varioleuse il existerait également un citoryctes variolae. Il y aurait entre ces deux parasites seulement des différences spécifiques. La pathogenèse est expliquée par l'action corrodante des parasites sur le protoplasma cellulaire des cellules de Malpighi. DASTRE.

Eine neue Methode zur Auffindung des Vaccineerregers (Nouvelle méthode pour trouver les bactéries de la vaccine), par SIEGEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 2, *p.* 29, 1893).

L'auteur dilue dans l'eau distillée 1 ou 2 grammes de lymphe vaccinale d'origine animale et injecte la solution dans le péritoine du veau ou de la chèvre. Pas d'accident appréciable pendant la vie. Du quatrième au huitième jour, l'autopsie révèle cependant un semis de granulations miliaires sur le péritoine et une tuméfaction notable des ganglions mésentériques.

Le suc hépatique ou ganglionnaire des animaux étant inoculé à du sérum sanguin contenu dans des tubes, on voit se former à la surface du sérum, au bout de deux ou trois jours, des colonies de cocci en culture pure, qu'on peut reporter avec succès sur la gélatine. Ces bactéries doivent être les agents pathogènes de la vaccine.

Les cultures, ayant été inoculées à huit adultes et à trois enfants, ont déterminé de la rougeur et du gonflement, mais pas de pustule.

Quinze jours plus tard, les mêmes sujets ont subi l'inoculation vaccinale ordinaire; parmi eux, sept adultes se sont montrés réfractaires; un adulte a eu du gonflement sans pustule caractéristique; les trois enfants ont eu des pustules de vaccine légitime.

Cela prouve que les bactéries de la vaccine ont perdu, dans les cultures, une partie de leur virulence. L. GALLIARD.

Nouvelle contribution à l'étude bactériologique des abcès consécutifs à l'éruption variolique, par COMBEMALE (*Bull. méd. du Nord*, *n°* 12, *p.* 260, 1893).

A plusieurs reprises on a observé qu'à l'hôpital des varioleux de Lille, chaque fois qu'on désinfecta l'une des salles affectées à cette maladie, les abcès consécutifs à l'éruption ont disparu de cette salle pendant plusieurs temps, pour reparaître dans la suite avec une fréquence progressive. Il faut désinfecter une fois par mois environ les salles où séjournent des contagieux.

Le pus de 22 abcès examinés a montré chaque fois le staphylococcus pyogenes albus, ce qui semble indiquer que tous ces abcès dérivaient d'une même contagion. LEFLAIVE.

Transmission du streptocoque pyogène de la mère au fœtus au cours d'une variole, par HAUSHALTER et ETIENNE (*Revue médicale de l'Est*, *n°* 11, *p.* 322, 1893).

Une femme de 33 ans, atteinte d'insuffisance mitrale ancienne et enceinte de sept mois environ, entre à l'hôpital avec une éruption de variole confluente, à la période de suppuration. Cinq jours après, elle accouche d'un enfant vivant. La délivrance se fait spontanément et sans hémorragie, mais la mère meurt huit heures après l'accouchement, et l'enfant succombe vingt-sept heures après sa naissance sans autre cause apparente que la débilité congénitale.

L'autopsie de la mère, faite six heures après la mort, montre les lésions des septicémies graves; l'autopsie de l'enfant ne révèle rien de particulier à l'œil nu. Des ensemencements faits avec le foie et la rate de la mère, avec le foie, la rate et le sang du cœur du fœtus, donnent dans tous les cas des cultures pures de streptocoques pyogènes.

Sur des lamelles préparées avec la pulpe splénique du fœtus et surtout sur des coupes du foie fœtal, on trouve des streptocoques; ceux-ci sont surtout abondants à la périphérie du lobule, comme s'ils arrivaient de la mère par le sang de la veine ombilicale; par places, ils forment dans les capillaires de véritables amas thrombosiques.

Le placenta était le siège de petits foyers ecchymotiques du volume d'une noix. LEFLAIVE.

Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1892, par Henri POTTEVIN (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n°* 4, *avril* 1893).

Pendant l'année 1892, 1,793 personnes ont subi intégralement le traitement antirabique à l'Institut Pasteur : 7 sont mortes de rage = 0,30 0/0.

Si l'on ne tient compte parmi les morts que de ceux chez lesquels les premiers symptômes rabiques se sont manifestés plus de quinze jours après la dernière inoculation, il ne reste que 4 cas, d'où une mortalité de 0,22 0/0. C'est la plus faible constatée depuis 1886.

En outre, 5 personnes sont mortes de rage au cours des inoculations. A remarquer que les 5 avaient été mordues à la tête et que, pour n'en citer qu'un exemple, l'un d'eux fut amené à l'Institut dix-huit jours après la morsure qui avait été profonde et étendue.

Il y a eu 1,584 Français et 206 étrangers, parmi lesquels figurent 96 Portugais, 26 Anglais, 19 Grecs, etc.

A Paris, le nombre des cas augmente : 113 en 1890, 225 en 1891, 343 en 1892. Au mois de mai furent prises des mesures sévères par la préfecture de police. Quel en a été le résultat?

L'augmentation énorme pendant les six premiers mois, 244 au lieu de 148, a été arrêtée pendant les six derniers, 99 au lieu de 98 en 1891. Pottevin se garde cependant d'être affirmatif, car il dit : « Il semble que les mesures prises aient eu de bons résultats. » Il faut, en effet, partir du 1er août, époque où la chasse au chien s'était ralentie considérablement, pour avoir ces chiffres, alors que la campagne contre les chiens commença le 1er mai. PAUL TISSIER.

Ricerche intorno all' influenza che puo esercitare la milza sul decorso, sulla vaccinazione e cura della rabbia sperimentale, par E. ORLANDI (*La Riforma medica, p.* 195, 21 *avril* 1893).

L'ablation de la rate ne modifie pas la durée de la maladie chez les animaux auxquels on injecte le virus fixe de la rage, elle n'exerce aucune influence sur l'action de la vaccination par le virus atténué ou par le vaccin chimique de Centanni. La rate, contrairement à ce qui a lieu pour d'autres maladies infectieuses, ne joue donc aucun rôle dans la défense de l'organisme contre la rage. GEORGES THIBIERGE.

Della maniera in cui i bacilli del carbonchio si comportano nel latte nelle prime 24 ore, par O. CARO (*La Riforma medica, p.* 99, 12 *avril* 1893).

Le bacille du charbon se développe très bien en vingt-quatre heures dans le lait frais, non acide; il conserve sa virulence; il ne cesse de se développer et ne perd sa virulence que quand le lait devient acide.

GEORGES THIBIERGE.

Intorno alla influenza della secrezione urinaria sulla evoluzione delle malattie infettive, par B. PERNICE et G. POLLACI (*La Riforma medica, p.* 566, 578 *et* 590, 29, 30, *et* 31 *mai* 1893).

Les auteurs ont étudié les effets des injections de bacilles du charbon chez les animaux dont il savaient modifié la fonction rénale par la ligature de l'artère rénale d'un côté ou des deux côtés, par la néphrotomie unilatérale, par la ligature d'un uretère ou de deux uretères; tous les animaux inoculés ont succombé, alors même que les animaux témoins ayant subi les mêmes opérations mais non inoculés ont résisté lorsque l'opération était unilatérale et ils ont tous présenté des lésions suraiguës de charbon; il n'y a eu d'exception que pour les animaux qui avaient subi la ligature unilatérale de l'uretère : 5 sur 8 de ces animaux ont survécu et, sacrifiés plus tard, ne présentaient plus de bacilles du charbon dans leurs tissus.

GEORGES THIBIERGE.

Weitere Untersuchungen ueber die Immunitaet der Tauben gegen Milzbrand (Nouvelles recherches sur l'immunité des pigeons à l'égard du charbon), par E. CZAPLEWSKI (*Zeitschr. f. Hyg. und Infektionskr. XII, et Hyg. Rundsch. III, n°* 5, *p.* 220, 1er *mars* 1893).

Czaplewski répond à Metchnikoff (*R. S. M.*, XXXVI, 73) qu'il ne nie pas qu'on ne trouve des phagocytes chez les pigeons réfractaires au charbon, mais qu'il maintient que les bactéridies peuvent succomber en grand nombre dans le sang sans avoir été captées par ces cellules phagocytes.

L'immunité des pigeons à l'égard du charbon est moins marquée pour les jeunes. On peut aussi l'affaiblir par l'inanition, par l'ablation du pancréas, par l'antipyrine et par d'autres substances chimiques. On peut, d'autre part, la renforcer par une inoculation préalable de charbon.

Pour ses nouvelles expériences, Czaplewski s'est servi des cultures que Wasserzug nomme homogènes, c'est-à-dire provenant d'une seule et même colonie bien développée. Il inoculait de très petites quantités

de cultures sur l'agar glycériné, maintenues 24 heures à l'étuve, au niveau du sternum (sous la peau ou dans les muscles). Tantôt les pigeons succombaient (réceptivité), tantôt ils survivaient après avoir été malades (immunité relative), tantôt enfin, ils n'offraient aucun symptôme morbide (immunité absolue).

Toujours les bacilles charbonneux présentaient des phénomènes de dégénérescence, consistant en des modifications dans leur forme et dans leur manière de se comporter en présence des substances colorantes. Les modifications morphologiques s'accusaient tantôt par des incurvations spéciales figurant des houlettes, des spirilles ou des entrelacs, tantôt par la dissolution des groupes, tantôt par le gonflement des bacilles isolés à leur portion moyenne ou à leurs extrémités, tantôt enfin, par la fragmentation des bacilles. D'autre part, traitées par le bleu de méthylène, au lieu de prendre une belle nuance, les bactéridies acquéraient une teinte terne, pâle, tirant sur le gris et non régulièrement répartie.

Les formes dégénérées étaient plus abondantes et plus accusées chez les pigeons qui avaient survécu à l'infection que chez ceux qui y avaient succombé. Chez les pigeons complètement réfractaires, les formes de bacilles dégénérés apparaissaient dans la lymphe de très bonne heure (parfois au bout d'une demi-heure). Dans un laps compris entre 5 h. 3/4 et 26 h. 3/4 toutes les bactéridies avaient disparu de la lymphe.

Les bactéridies dégénérées se montraient d'abord, à l'état de liberté, dans le sang et les liquides de l'économie. Au bout d'un certain temps seulement, lorsqu'il s'était effectué une multiplication des leucocytes (provoquée sans doute par les bacilles morts et par leur protéine), on trouvait aussi des phagocytes, en nombre très variable d'ailleurs et encore pas dans tous les cas. Ces phagocytes entouraient non seulement les bacilles vivants et bien conservés, mais aussi les bacilles dégénérés ou morts. S'il arrivait parfois qu'on ne trouvait presque que des bacilles inclus dans des cellules, cela tient à ce que ceux qui existaient à l'état de liberté dans les liquides de l'économie ont déjà succombé et que les autres ont été protégés un certain temps contre la destruction par les cellules mêmes qui les entourent.

En résumé, pour Czaplewski, l'effet essentiel du sang des pigeons réfractaires sur les bacilles charbonneux consiste non dans la phagocytose mais dans la dégénération des bacilles qui peut tenir soit à une action bactéricide du sang, soit plus simplement à ce que le sang est un mauvais terrain nourricier pour eux. J. B.

Atténuation de la bactéridie par des principes microbiens ; origine de ces principes, par CHARRIN et COURMONT (*C. R. de la Soc. de biol.*, 11 *mars* 1893).

Le sang des animaux en pleine infection pyocyanique, est bactéricide pour le microbe pyocyanogène ; il l'est également pour la bactéridie, et les animaux inoculés avec une culture de la bactéridie dans le sérum des lapins infectés avec le B. pyocyanogène, tout en succombant, ont néanmoins une survie notable sur les témoins. L'atténuation de la bactéridie dans ce sérum est dûe partiellement à l'économie contaminée dont les cellules organiques sont lésées, et par suite les humeurs modifiées, mais surtout, et presque en totalité à des substances provenant du B. pyocyanogène. E. MOSNY.

Contribution à l'étude du tétanos. Prévention et traitement par le sérum antitoxique, par ROUX et VAILLARD (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 2, p. 65, février 1893*).

Le sérum antitoxique est préparé avec des cultures de cinq ou six semaines sur bouillon peptonisé. Au début, on injecte sous la peau la toxine iodée (solution de Gram) qui fait perdre au sérum ses propriétés nuisibles. On arrive progressivement à employer la toxine pure injectée dans les veines ou le péritoine.

Le pouvoir antitoxique se mesure *in vitro* d'après la quantité de sérum nécessaire pour rendre inactif un volume donné d'une toxine dont l'activité est connue (quantité nécessaire pour immuniser un gramme de souris).

L'immunité persiste assez longtemps; le pouvoir antitoxique diminue si l'on ne renouvelle pas périodiquement les injections. On peut conserver le sérum antitoxique desséché.

L'action de l'antitoxine est instantanée; elle est inoffensive et donne une immunité immédiate proportionnelle à la dose employée. L'élimination par les reins (et le lait) de l'antitoxine est constante. Les saignées ne diminuent pas le pouvoir antitoxique du sérum.

Le sérum antitoxique prévient sûrement le tétanos s'il est injecté avant la toxine; comme il se diffuse moins vite que la toxine, si les injections sont simultanées, il y a toujours tétanos bénin. Il en est de même si l'antitoxine est injectée seulement avant l'apparition des symptômes tétaniques. La dose doit être d'autant plus forte qu'elle est injectée plus tard. A partir d'un certain temps variable avec des animaux la prévention n'est plus possible.

Le tétanos par infection bacillaire est plus difficile à prévenir. L'antitoxine réussit dans les infections lentes, et encore la prévention n'est pas toujours définitive, si l'on n'enlève pas le foyer.

Il est très difficile de guérir le tétanos déclaré (quel que soit son mode de production) chez les animaux. Sur cent vingt-six animaux, quarante-trois témoins donnèrent trente-neuf morts et quatre guérisons; quatre-vingt-trois traités soixante-treize morts et dix guérisons. La maladie évolue bien que le sérum de l'animal traité devienne à un haut degré antitoxique et immunisant. Dans les tétanos bénins, il y a prolongation de la vie, mais il faut compter avec les rechutes.

Chez l'homme, il n'y a que deux faits de guérison (tétanos bénin), malgré l'emploi de doses considérables de sérum très actif; 100 à 150 centimètres cubes de sérum actif au millionième sont au moins nécessaires chez l'homme pour que le sang acquière un pouvoir antitoxique notable.

PAUL TISSIER.

Etude sur les différentes formes du parasite de la malaria, par BABÈS et GHEORGHIU (*Arch. de méd. exp., V, 2*).

La présence du parasite de Laveran est constante, sauf dans les types chroniques du paludisme. C'est en se développant et envahissant le globule rouge, que l'hématozoaire engendre les formes rondes, amiboïdes en rosaces, en croissant, flagellées. Les petits corps peu pigmentés et les formes en rosace sont fréquents pendant les accès : c'est un indice de la multiplication du parasite, Certains types de l'hémato-

zoaire se retrouvent de préférence à certaines époques et dans certaines variétés de la fièvre intermittente. Mais on ne peut pas dire qu'il y a plusieurs espèces de parasites, et par conséquent plusieurs espèces de fièvre paludique. L'énergie vitale du parasite, la résistance organique, l'influence de la saison conditionnent vraisemblablement ces différences. Il est à remarquer que dans certains cas plusieurs types parasitaires se voient simultanément, ou encore que certaines fièvres changent de type en récidivant. La quinine fait disparaître les parasites, non pas dès la cessation de l'accès, mais après quelques jours : ce sont les croissants qui résistent le plus. On note dans le paludisme surtout chronique une multiplication des leucocytes poly- et surtout mono-nucléaires. Les globules rouges sont diminués, inégaux, colorables aux couleurs basiques d'aniline. GIRODE.

Ueber die Varietäten der Malariaparasiten, par MARCHIAFAVA et BIGNAMI (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 51, *p.* 1157, 1892).

Les auteurs ne sont pas d'accord avec Baccelli.

Les parasites de la malaria accomplissent dans l'intérieur des globules rouges tout leur cycle vital : formes mobiles non pigmentées, pigmentation, segmentation et multiplication. Ce cycle est parallèle aux manifestations cliniques. La sporulation ou division coïncide avec le début des accès. Ces parasites produisent des substances toxiques qui détruisent les globules rouges et le parenchyme de quelques organes, les reins par exemple.

Les propriétés morphologiques et biologiques des parasites de la malaria varient avec la nature des fièvres. On peut distinguer quatre variétés d'amibes : ceux de la fièvre quarte, ceux de la fièvre tierce, ceux de la fièvre estivo-automnale, ceux de la quotidienne. Ces deux derniers parasites sont seuls susceptibles de créer les fièvres pernicieuses. On peut donc déclarer d'emblée, lorsqu'on trouve les deux autres, que la fièvre pernicieuse n'est pas à craindre.

Les altérations produites dans le sang et les viscères conduisent soit à l'infection aiguë, soit à l'infection chronique et à la cachexie malarienne. L. GALLIARD.

Matériaux pour l'étude de la bactérologie des suppurations, par A.-A. EBERMANN (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 128 *p.*, 1893).

L'auteur a examiné cent cas d'abcès chauds et froids, de phlegmons, panaris, furoncles, lymphadénites, périostites, etc., en vue de résoudre les trois questions suivantes : quelle est la fréquence relative des microorganismes qu'on trouve dans les foyers purulents? quels sont les rapports entre les différentes espèces streptococciennes qu'on trouve dans ces foyers et quels sont les caractères des espèces trouvées pour la première fois par l'auteur? quelle est l'influence sur le processus suppuratif des agents associés, des microbes saprogènes et pathogènes autres que les espèces réputées pyogènes?

A l'exception de huit cas d'abcès froids, l'auteur a toujours trouvé dans les préparations microscopiques des microorganismes, mais il n'a pas toujours réussi à les cultiver tous. Dans le pus d'abcès chauds, on

trouve le plus souvent des staphylocoques dorés, citrons et blancs. Ces trois variétés ne passaient pas l'une dans l'autre sur des milieux préparés avec du bouillon de viande, bien que le chromogène disparaissait parfois sur des milieux préparés avec des extraits de viande. Les staphylocoques cultivés liquéfiaient toujours la gélatine, de sorte que l'existence des staphyl. dits cereus, albus et flavus doit être considérée comme excessivement rare.

Les formes streptococciennes qui par leur fréquence occupent le deuxième rang produisent des inflammations plus diffuses, phlegmoneuses. Leurs propriétés morphologiques, biologiques et pathogènes permettent de les diviser en plusieurs variétés.

1° Streptocoques qui ne produisent pas de trouble général dans du bouillon.

a) Streptocoques à courtes chaînettes, donnant un dépôt peu abondant;

b) Streptocoques à longues chaînettes, donnant un dépôt abondant;

c) Streptocoques à longues chaînettes, donnant un dépôt abondant dans du bouillon et présentant des cultures luxurieuses sur agar.

2° Streptocoques qui produisent un trouble général dans du bouillon et qui forment des chaînes assez longues.

A ces différences morphologiques correspondent des différences dans la végétabilité et dans la virulence de ces variétés.

En inoculant aux animaux des mélanges des cultures de ces diverses espèces, on obtient des effets plus intenses qu'avec les cultures pures; la suppuration est plus intense, l'infection générale plus violente. On observe généralement dans les foyers polymicrobiens chez l'homme et chez les animaux que les streptocoques prédominent en nombre par rapport aux staphylocoques.

Il est probable que, parmi les microbes qui envahissent un foyer de suppuration (surtout lorsque ce foyer est dans le voisinage de la cavité buccale), les uns suscitent le travail purulent et les autres le terminent en remplaçant les premiers. Cette hypothèse est basée sur ce fait que dans les foyers polymicrobiens il n'est pas toujours possible de cultiver toutes les espèces morbigènes, ce qui indique évidemment que quelques-unes sont en voie de décroissement.

D'autre part, là où la culture isolée à l'état de pureté n'est pas capable de produire de la suppuration, on obtient cette suppuration en inoculant un mélange des microbes isolés du foyer purulent.

Cette constatation a de l'importance au point de vue du traitement, en montrant qu'il faut protéger les abcès déjà ouverts de l'action des bactéries saprogènes qui pourraient exagérer la virulence des agents préexistants dans ces abcès.

L'auteur a trouvé en outre trois nouvelles espèces, dont une pathogène, micr. opalescens fœtidus, une pyogène, micr. pyogenes liquefaciens, une indifférente, urococcus viridis.

L'actinomycose n'est pas rare à Saint-Pétersbourg, car l'auteur l'a trouvée quatre fois sur les cent cas qu'il a examinés.

Le bacille pseudo-diphtérique se rencontre assez fréquemment dans le tube intestinal de l'homme. Cet organisme s'associe volontiers à l'agent de l'actinomycose et reste longtemps dans le pus actinomycosique sans

produire toutefois des désordres spéciaux. Ce bacille n'a probablement rien à voir avec l'infection diphtérique, bien que par ses caractères il ressemble au bacille de Löffler.

Parfois on voit, après l'inoculation, la gélatine se liquéfier sans qu'il pousse aucune culture. Il faut admettre ici l'existence des ferments peptonisants dans le pus inoculé. H. FRENKEL.

I. — Beitraege zur Biologie der krankheitserregenden Bakterien... (Formation d'hydrogène sulfuré par le bacille du rouget porcin et autres bactéries), par R. J. PETRI et A. MAASSEN (*Arbeiten aus d. k. Gesdhamte. VIII, et Hyg. Rundsch., III*, n° 6, *p.* 244, 15 *mars* 1893).

II. — Ueber den Modus... (Mode de formation de l'hydrogène sulfuré chez les bactéries), par M. RUBNER, STAGNITTA-BALISTRERI et NIEMANN (*Arch. f. Hyg., XVI, et Hyg. Rundschau, III*, 245).

III. — Die Verbreitung der Schwefelwasserstoffbildung unter den Bakterien, par STAGNITTA-BALISTRERI (*Ibidem et Hyg. Rundsch., III*, 246).

IV. — Die Wanderungen des Schwefels im Stoffwechsel der Bakterien, par M. RUBNER, STAGNITTA-BALISTRERI et NIEMANN (*Ibidem et Hyg. Rundsch., III*, n° 7, *p.* 289, 1er *avril* 1893).

I. — En cultivant les bacilles du rouget porcin, Petri et Maassen ont reconnu qu'ils formaient de l'hydrogène sulfuré, suivant la nature du sol nourricier sur lequel ils se trouvaient. Les sols les plus favorables sous ce rapport sont ceux contenant de la peptone, de l'albumine, du soufre libre ou de l'hyposulfite de soude. En examinant ensuite au spectroscope le sang et les exsudats sanguinolents de 38 porcs atteints de rouget, ils ont constaté chez 16 d'entre eux la présence d'hydrogène sulfuré. Il en a été de même pour des fragments d'organes de ces animaux placés à l'étuve immédiatement après la mort.

Comme, dans les cultures du rouget, on ne décèle pas d'autre poison bactérien, et qu'il existe une certaine analogie entre les symptômes du rouget et ceux de l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré, il est raisonnable d'attribuer un certain rôle pathologique à cette formation d'hydrogène sulfuré par les bacilles du rouget. Il est d'ailleurs possible qu'il en soit encore ainsi dans d'autres affections microbiennes, car on retrouve la formation du même gaz chez un grand nombre d'autres bactéries pathogènes, placées sur des milieux appropriés. La formation d'hydrogène sulfuré est surtout abondante, en dehors du rouget, pour les bacilles de la septicémie des souris, les protées, les bacilles de la diphtérie de l'homme et de celle des pigeons, de la morve, pour le bacille capsulé de R. Pfeiffer, pour le groupe des vibrions, les bacilles typhoïdique, entéritique de A. Gaertner, le bacille banal du côlon, le bacille du charbon, etc ; le dégagement gazeux est moins abondant dans les cultures du choléra des poules, de la maladie des furets, du choléra des porcs et des coques pathogènes.

Petri et Maassen rattachent cette production d'hydrogène sulfuré à la présence d'hydrogène à l'état naissant durant l'accroissement des microorganismes. Cet hydrogène naissant transforme en acide sulfhydrique

non seulement le soufre libre mais encore le soufre lâchement combiné de beaucoup d'albuminoïdes et de la peptone commerciale.

II. — Trois opinions ont été émises pour expliquer la genèse d'hydrogène sulfuré par les bactéries : 1° cet acide sulfhydrique provient de la réduction des sulfates, en l'absence d'oxygène ; 2° c'est le produit de l'action directe de l'hydrogène naissant sur les matières organiques soufrées (Heffter) ; 3° c'est un produit de sécrétion vitale du protoplasma microbien. Les expériences de Rubner et de ses 2 collaborateurs tendent à montrer que les 2 premières explications sont inadmissibles.

III.— Stagnitta-Balistreri n'a expérimenté que sur des microorganismes aérobies qu'il cultivait, soit dans du bouillon de bœuf simple (renfermant 0gr,07 de soufre par litre), soit dans du bouillon peptonisé contenant trois fois plus de soufre ; les résultats ont été les mêmes. Des 35 espèces de microorganismes étudiées, 18 ont produit de l'hydrogène sulfuré : choléra des porcs, protée, bacilles typhoïdique, mégatherium et banal du côlon, vibrions de Metchnikoff et du choléra asiatique, rouget, bacilles pyocyanique, acide du lait, staphylocoque doré, etc. ; les 17 autres n'en produisent pas : bacilles subtil, charbonneux, radiculaire, des pommes de terre, diphtéritique, tétragène, sarcines, levures, etc.

Plusieurs fois on a pu constater, pour une même espèce microbienne, l'influence sur la production de H^2S, du changement de milieu nourricier; mais les espèces qui ne forment pas, dans le bouillon, d'hydrogène sulfuré, n'en forment pas non plus dans d'autres milieux.

Le protée cultivé sur des œufs intacts ne produit pas de H^2S, même au bout de 2 mois 1/2 ; en revanche, il en produit, presque autant que dans le bouillon, quand on le cultive sur du blanc d'œuf coagulé et moins rapidement quand on le cultive sur le jaune.

IV. — Expériences avec le bacille radiculaire, le protée, les bacilles de la fièvre typhoïde et de la septicémie des lapins.

Les microbes qui forment H^2S et ceux qui n'en forment pas offrent au au point vue des phénomènes de nutrition une grande analogie. Ils peuvent utiliser les sulfates et les combinaisons organiques du soufre ; mais les premiers ne leur sont pas indispensables, car, cultivés un certain temps, ils produisent même des sulfates. Pour les 2 catégories de microorganismes, ce sont les combinaisons organiques du soufre qui sont la source principale de leur soufre. J. B.

Ueber Versuche mit der Rothlaufseuche in Württemberg, par BEISSWÆNGER (*Berlin. thierarztl. Wochensch. n°* 45, 1892, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, 224, 1er *mars* 1893).

Beisswaenger rend compte des inoculations préventives de porcs contre le rouget, qu'il a entreprises en 1890, au nom du gouvernement wurtembergeois. La matière vaccinante (bouillon de culture) était tirée directement de l'Institut Pasteur ; elle contenait, à titre de souillure accidentelle mais inoffensive, une espèce de bacille plus épais que celui du rouget. A chaque porc, on introduisait, d'abord à la face interne de l'une des cuisses, 12 centigrammes du vaccin n° 1 ; au bout de 12 ou 15 jours, on répétait l'inoculation dans l'autre cuisse avec le vaccin n° 2. Les porcs plus jeunes et moins gras supportaient les inoculations beaucoup mieux que les porcs plus âgés et plus gras.

Des 76 animaux (la plupart jeunes) inoculés avec le vaccin n° 1, 17 ont été malades ; presque tous ceux-ci avaient été inoculés durant l'été. 2 d'entre eux (3,9 0/0) ont succombé au rouget.

56 porcs ont subi une nouvelle inoculation avec le vaccin n° 2 ; chez 48 d'entre eux elle n'a donné lieu à aucun trouble de la santé générale. Quant aux phénomènes locaux, on ne les a observés qu'en juillet, lors de la première inoculation.

Beisswaenger conclut à la pratique en grand de ces inoculations prophylactiques dans les régions dévastées par le rouget, à la condition de de ne pas les faire en été (mais autant que possible de février à mai), ni sur des animaux pesant plus de 40 kilogrammes. J. B.

Sur la phagocytose dans l'actinomycose, par PAWLOWSKY et Mag. MAKSUTOFF (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 7, 25 *juillet* 1893).

Dès qu'un des éléments de l'actinomycose a pénétré, n'importe comment, il s'entoure de phagocytes (leucocytes à un seul noyau et jeunes cellules de tissu conjonctif), qui se transforment en grandes cellules épithélioïdes contenant un nucléole et s'emparent ensuite des bâtonnets isolés ou des groupes mycéliens. A ce moment la lutte commence, et, si les cellules possèdent une vitalité suffisante, elles détruisent le parasite. Quand celui-ci l'emporte, il se développe, sort des limites de la cellule qui dépérit et appelle de nouveaux phagocytes en vertu de son pouvoir chimiotactique. Ceux-ci font barrière autour du parasite, s'emparent de ses renflements terminaux, arrêtent son accroissement et finissent par y provoquer les formes involutives et la dégénérescence régressive qui aboutit à la formation des corps hyalins. Ceux-ci, comme dans le rhinosclérome, sont un produit parasitaire. PAUL TISSIER.

De la stomatite aphteuse des bovidés chez l'homme, par LERMUSEAU (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, *mars* 1893).

Les bâtonnets décrits par Siegel n'ont pas de relation pathogénique avec la stomatite aphteuse et ne sont pas pathogènes pour les animaux; ils ne constituent probablement qu'une variété du bacillus subtilis.

L'agent pathogène de la stomatite est l'organisme globuleux disposé en chaînettes, mobile, décrit par Shottelius sous le nom de *streptocyte*, mais rangé avec raison par Behla dans la classe des amibes parasitaires.

Ce microorganisme se cultive entre 37° et 39° sur presque tous les milieux pourvu qu'ils soient additionnés de glycérine et d'acide formique; il est aérobie ou anaérobie. Sur 300 préparations faites avec du lait suspect, le microbe a été retrouvé 40 fois, mais seulement lorsque le pis était couvert de vésicules.

La viande des animaux malades de stomatite aphteuse ou cocotte peut être consommée sans inconvénients, mais la pasteurisation ne suffit pas à rendre le lait inoffensif; il faut encore porter ce lait pasteurisé à la température de 100°. LEFLAIVE.

Ueber die antagonistischen Wirkungen des Bacillus fluorescens liquefaciens..., par Lydie OLITZKY (*Thèse de Berne*, 1891, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, *p.* 1065).

Le bacille fluorescent liquéfacteur ne présente pas d'antagonisme à

l'égard des bacilles fluorescent putride, tuberculeux et du pneumocoque de Fraenkel. En revanche, il présente un antagonisme accusé avec le staphylocoque pyogène doré, les bacilles du choléra et (à un moindre degré) du pus vert. Certains de ces résultats sont en désaccord avec ceux de Lewek. Lydie Olitzky explique cette divergence parce que Lewek n'aurait pas travaillé sur un bacille fluorescent liquéfacteur identique. J. B.

Le bacille pyocyanique chez les végétaux, par A. CHARRIN (*Compt. Rend. acad. des sciences*, 8 *mai* 1893).

En injectant dans les feuilles d'une crassulacée, une culture de bacille pyocyanique, on voit ces feuilles se rider, se dessécher, flétrir et tomber, mais à condition que la quantité injectée soit supérieure à quelques gouttes ; à l'examen histologique, on trouve les germes accumulés dans les espaces intercellulaires. Comme il était facile de le prévoir, nulle part on ne trouve d'éléments libres, mobiles, venus au voisinage des parasites, c'est-à-dire que la protection par des phagocytes n'existe pas ici, et c'est à cet égard la principale différence entre le règne végétal et le règne animal. Du reste, dans les deux règnes, les bactéries, pour triompher, doivent avoir pour elles la quantité comme la qualité ; dans les deux règnes, elles utilisent, pour agir, leurs sécrétions, car on obtient les mêmes résultats en faisant pénétrer dans la feuille les produits solubles du bacille, principalement ceux que l'alcool précipite. Dans les deux règnes, les bactéries altèrent les tissus, modifient les milieux, et arrivent à changer la réaction des humeurs. Ces modifications, plus faciles à dégager chez la plante, mettent en évidence le principe de l'adaptation de l'organe envahi aux besoins de l'envahisseur, adaptation accomplie par cet envahisseur. M. DUVAL.

Report on further observations on bacillus viridans, par St-Clair SYMMERS (*Brit. med. j.*, *p.* 113, 21 *janvier* 1893).

L'ingestion du bacillus viridans à hautes doses est inoffensive pour les lapins, souris, pigeons et cobayes. Les injections intra-péritonéales chez les cobayes déterminent une grave maladie fébrile pendant quatre ou cinq jours : après quoi les animaux sont vaccinés et peuvent recevoir impunément des injections très concentrées sans éprouver le moindre malaise.

L'effet pathologique le plus curieux est la production de la calvitie. Quand on injecte le microbe sous la peau de l'oreille d'un lapin, il se fait une plaque d'alopécie identique à l'alopecia areata de l'homme, et comme elle, finissant par guérir à la longue. H. B.

Sur un cas expérimental de poliomyélite infectieuse aiguë ayant simulé le syndrome de Landry, par VINCENT (*Arch. de méd. expér.*, *V*, 3).

L'affection a été développée chez le lapin par inoculation d'une culture du bacille d'Eberth associé à un microbe pathogène indéterminé obtenu *post mortem* de la rate d'un typhique. La paralysie s'est développée rapidement et progressivement, s'étendant du train postérieur aux membres antérieurs. Anatomiquement, il existait des lésions de névrite périphé-

rique, mais surtout des altérations prédominantes de myélite ascendante aiguë, qui montrent bien comment le syndrôme de Landry peut correspondre réellement à une affection médullaire. Les recherches bactériologiques sont restées négatives : il s'est agi d'une intoxication microbienne secondaire. GIRODE.

Myélite diffuse aiguë expérimentale, par BOURGES (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 2).

Un lapin reçoit sous la peau 3 centimètres cubes et dans la veine de l'oreille 1 centimètre cube d'une culture d'érysipélocoque à virulence faible. Cinq jours après, l'animal a une paraplégie avec paralysie des sphincters de la vessie et du rectum, et escarre de la fesse. A l'autopsie la moelle est friable, les muscles du train postérieur très émaciés. Il s'agit d'une myélite à corps granuleux ayant détruit presque entièrement la moelle au niveau du renflement bulbaire, et ayant altéré les cellules nerveuses de toute la substance grise sur toute la hauteur de la moelle.

GIRODE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Modifications de la circulation, de la respiration, des échanges gazeux et de la température chez les chiens soumis à l'action de l'apocodéine, par L. GUINARD (*C. R. de la Société de biologie*, 3 *juin* 1893).

Le cœur d'abord accéléré dans les premières minutes, se ralentit pendant l'hypnose. Chez le chien le nombre a passé de 84 à 246 puis à 47. Le cœur n'est d'ailleurs modifié ni dans sa force, ni dans son jeu, ni dans son rythme. La modération est d'origine centrale et s'exerce par les vagues. La baisse de la tension artérielle est moindre qu'avec la morphine. Au contraire, avec les doses fortes (30 milligrammes par kilogramme, en injection sous-cutanée) la baisse de pression est le phénomène le plus important et peut atteindre 114 millimètres.

Pour la respiration, de même, courte accélération pendant les premières minutes, puis ralentissement de 15 à 5 pendant l'hypnose, avec allongement de l'expiration considérable.

La température baisse, l'acide carbonique et l'O diminuent : le rapport CO^2 s'accroît légèrement. Les proportions de ce gaz dans le sang veineux augmentent et le rapport augmente aussi. En somme diminution universelle des échanges gazeux dans les poumons et dans les tissus. Les anesthésiques agissent beaucoup plus énergiquement pour modérer les combustions intra-organiques. DASTRE.

Action physiologique de la morphine chez les bovins, par L. GUINARD (*Soc. de biol.*, 11 *mars* 1893).

La morphine est un excitant pour le chat. Elle l'est aussi chez les bovidés. Elle produit des mâchonnements réitérés, salivation, excitation,

piétinement; d'autres fois agitation violente, salivation et larmoiement; quelquefois encore des tremblements musculaires. Cet état persiste de huit à onze heures. Le lendemain il y a, non pas sommeil ou calme hypnotique, mais abrutissement et fatigue. DASTRE.

Altérations de la morphine sous l'action des moisissures et des bactéries aérobies, par LAMAL (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *n°* 3, *p.* 316, 1893).

La morphine est très lentement attaquée par les moisissures. Celles-ci transforment une partie de l'alcaloïde en principes constitutifs de leurs tissus. Une seconde partie de la base est oxydée d'une façon indirecte, en laissant comme résidus des sels ammoniacaux et des nitrates. Enfin une troisième partie de l'alcaloïde, et celle-ci est très minime, est altérée superficiellement par sa transformation en oxymorphine et en deux alcaloïdes nettement distincts de la morphine.

Les bactéries possèdent le pouvoir d'oxyder, en présence de l'air et de l'humidité, une plus forte quantité de morphine pour la transformer en oxymorphine. LEFLAIVE.

Emploi du phénate de cocaïne comme anasthésique, par KYLE (*Therap. Gaz.*, *février* 1893).

Kyle vante beaucoup le phénate de cocaïne comme anesthésique local de la gorge, du nez et du larynx ; il l'emploie en solution, de 2 à 10 0/0; la meilleure proportion est 5 0/0. Il faut en moyenne 7 minutes pour produire l'anesthésie, et celle-ci dure longtemps. Sur 150 cas, il n'y eut aucun indice d'intoxication cocaïnique. Cette solution a également l'avantage d'être antiseptique. H. R.

Ueber die diuretische Wirkung des Theobromins, par W. COHNSTEIN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 4, *p.* 91, 23 *janvier* 1893).

Expériences sur des chats, par injections intrastomacales.

La théobromine n'augmente pas la pression sanguine; elle n'a pas d'effet constant sur le nombre des pulsations et n'accroît pas l'énergie des contractions cardiaques.

Administrée à très hautes doses, elle finit par faire baisser graduellement la pression sanguine et parfois aussi le pouls.

Partant, comme à doses physiologiques, la théobromine n'a aucune action sur le cœur et les vaisseaux des mammifères, la polyurie consécutive à l'administration de la diurétine doit être regardée comme la conséquence d'une irritation portant directement sur les éléments sécréteurs des reins. (*R. S. M.*, XXXVII, 469; XXXVIII, 504 et 505; XXXIX, 72, 73, 511 et 512 ; XL, 497.) J. B.

Action des principes actifs de la noix de kola sur la contraction musculaire, par Ugolino MOSSO (*Archives italiennes de biologie*, *XIX*, *p.* 241, *et Atti della R. Accad. delle Scienze di Torino*, *XXVIII*, 7-8, 1893).

Pour les uns, la caféine est le seul principe actif de la graine de Sterculia acuminata; pour les autres c'est le rouge de Kola qui a une action prépondérante. Cette substance serait un glucoside (kolanine) de la formule $C^{14}H^{13}(OH)^5$ qui se décomposerait en caféine, glycose et rouge

de Kola L'auteur étudie au moyen de l'ergographe la contraction du fléchisseur du médius et aussi celle du gastrocnémien (chez le chien). Il arrive à cette conclusion que : 1° la caféine et la glycose ont une action marquée sur la contraction; 2° Cette action s'exerce sur les muscles sans le concours du système nerveux central ; 3° le rouge de Kola n'est pas une substance active sur les muscles. La glycose et l'amidon, ces deux composants de la noix de Kola, unissent leurs effets à ceux de la caféine pour rendre les muscles plus résistants à la fatigue. DASTRE.

Della diuretina, par R. MASSALONGO et S. SILVESTRI (*La Riforma medica*, *p.* 687, 10 *mars* 1893).

La diurétine (qui contient 40 0/0 de théobromine et 60 0/0 de salicylate de soude) est un véritable diurétique, qui agit non sur la circulation mais en stimulant le parenchyme rénal. Son action est très manifeste dans les hydropisies des cardiopathies et des néphrites, faible dans la cirrhose hépatique, dans les épanchements pleuraux et dans les autres épanchements d'origine inflammatoire; elle se prolonge après la suppression du médicament. A la dose de 4 à 6 grammes, elle n'a aucun inconvénient, ne produit ni diarrhée, ni vomissements, l'albuminurie qui pouvait exister auparavant diminue ou disparaît; elle n'a pas d'effets d'accumulation. L'action diurétique est due à la théobromine et le salicylate de soude n'a pas d'autre effet que d'en faciliter la dissolution et l'absorption. Les effets sont manifestes au bout de 12 à 14 ou 24 heures ; le meilleur mode d'administration est la solution dans l'eau chaude additionnée de sirop de menthe. GEORGES THIBIERGE.

Du dosage des granules de digitaline et d'aconitine d'après le Codex de 1884, par YVON (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXIX*, 157, *février* 1893).

Le codex de 1884 a conservé pour les granules de digitaline et d'aconitine la posologie du codex de 1866, époque où les produits commerciaux étaient beaucoup moins actifs ; ainsi s'expliquent les accidents d'empoisonnements signalés. Aussi Yvon est-il d'avis d'adopter le dosage suivant :

1° Digitaline amorphe non entièrement soluble dans le chloroforme (vulgo digitaline allemande). Granules de 1 milligramme ; de 1 à 5 par jour.

2° Digitaline amorphe du codex de 1884, entièrement soluble dans le chloroforme. Granules de un quart de milligramme : de 2 à 6 par jour.

3° Digitaline cristallisée. Granules de 1/4 de milligramme ou même de 1/10 de milligramme ; de 1 à 4 par jour pour les granules au 1/4 de milligramme.

4° Aconitine cristallisée : Granules de 1/10 de milligramme. J. B.

Etude sur l'emploi de l'hydrastis canadensis, par H. LEFÈVRE (*Thèse de Paris*, 1893).

Lefèvre donne un historique complet de la question et cherche à contrôler les travaux antérieurs. Il les confirme par les conclusions suivantes :

1° L'hydrastis n'amène presque jamais d'accidents même à doses un peu fortes;

2° Il réussit particulièrement bien dans les hémorragies sans lésions appréciables et dans les endométrites fongueuses, mais il échoue dans les métrites scléreuses;

3° Son action sur les fibromyomes est inconstante;

4° Il est inactif dans les cas de cancer, dont il calme parfois les douleurs;

5° Il agit très favorablement sur la nutrition générale en réveillant l'appétit.

En résumé, l'hydrastis canadensis agit très bien contre les douleurs congestives lombaires et pelviennes dues aux lésions des organes génitaux de la femme; c'est un hémostatique, dans les cas de pertes, de beaucoup supérieur à l'ergot de seigle. R. FAURE-MILLER.

La valeur nutritive de l'asparagine, par Dario BALDI (*Archives italiennes de biologie, XIX, p.* 256, 1893, *et Riforma medica, n°* 52, *mars* 1893).

Les transformations de l'albumine en asparagine et réciproquement sont faciles. L'auteur nourrit un pigeon avec diverses formes d'aliments où les matières azotées sont précisément représentées par l'asparagine. L'animal vécut 27 jours et perdit seulement 22 0/0 de son poids. L'asparagine a une influence utile sur la durée de la vie et le maintien du poids du corps. Il est possible, par conséquent, de considérer l'asparagine comme un aliment azoté imparfait, capable de remplacer partiellement les albuminoïdes. DASTRE.

Sur l'écorce du mururé et le mercure végétal, par CATHELINEAU et REBOURGEON (*Ann. de derm. et de syph., p.* 724, *juin* 1893).

Le mururé est un arbre du Brésil sans nom scientifique propre et à origine botanique inconnue. Les indigènes des bords de l'Amazone em ploient, dans le traitement du rhumatisme et dans celui des accidents tertiaires de la syphilis, l'écorce et le suc de cet arbre. Ce sont ces deux produits qu'ont étudiés les auteurs. L'écorce du mururé est surtout intéressante au point de vue chimique, car l'analyse y démontre la présence d'une huile essentielle, de matières albuminoïdes et d'un principe amer spécial. Le suc de cet arbre ou mercure végétal est plus important à connaître. C'est un liquide brun rougeâtre, à odeur vineuse, à saveur douceâtre et de consistance visqueuse, chimiquement constitué par de l'eau, des sels, des matières albuminoïdes et le principe amer déjà signalé dans l'écorce. De plus, ce suc est éminemment toxique : en ingestion stomacale, il tue le lapin à la dose de 10 c.c. par kilogramme d'animal; en injection intra-veineuse, il tue le chien à la dose de 1 c.c. et même 1/2 c.c. par kilogramme. P. MERMET.

Des applications thérapeutiques de l'eucalyptéol ou bichlorhydrate cristallisé d'eucalyptène, par LAFAGE (*Nouveaux Remèdes*, 8 *décembre* 1892).

L'eucalyptéol constitue un corps nettement défini, complètement inoffensif et très facilement toléré par l'estomac sur lequel il n'exerce aucune action irritante. Son action manifeste sur la muqueuse des voies

respiratoires en fait le modificateur par excellence de la toux et des sécrétions broncho-pulmonaires en même temps qu'un puissant antiseptique. Ingéré, il se décompose en partie dans l'intestin où l'excès du produit séjourne un certain temps; cela explique qu'il ait pu donner, dans les affections du tube digestif, même les plus graves, des résultats assez encourageants pour qu'on puisse le préférer aux antiseptiques connus jusqu'à ce jour, salol, naphtol, benzo-naphtol.

L'eucalyptéol, administré même à des doses massives de 10 et 15 gr., n'a jamais produit d'effets toxiques et a toujours été parfaitement toléré par l'estomac, même à la suite d'un usage très prolongé.

R. FAURE-MILLER.

La formanilide, par BOKAI (*Cent. f. die med. Wiss.*, *n°* 17, 1893).

La formanilide est moins difficile à manier et moins dangereuse que l'antifébrine ; elle est moins active comme antinévralgique, mais supérieure comme antipyrétique. Elle a été donnée avec succès, et a soulagé sensiblement des malades affectés d'affections douloureuses (névralgies, migraine, coliques de plomb, tabes, coxalgie, colique hépatique, etc.). La dose maximum employée par jour a été 7 grammes. A partir de 1 gr. 1/2, la température s'abaisse ; avec 4 grammes, la chute de la température est de 4°,1 ; le maximum de l'hypothermie s'obtient quatre heures après l'administration du médicament. L'avantage de la formanilide est d'amener ces abaissements thermiques sans déterminer de frissons ni de sueurs profuses.

Preisach a employé ce médicament avec succès comme topique dans les affections douloureuses de la gorge ; à une sensation initiale de brûlure succède une analgésie locale qui rend la déglutition facile. H. R.

Sulfonal et hematoporphyrine , par E. SCHAEFER (*Therap. Monatshefte*, *février* 1893).

Schæfer rapporte le cas d'un malade qui, dans l'espace de neuf mois, absorba 6 onces (192 gr.) de sulfonal. Au moment où il eut à le soigner, il s'aperçut que les urines étaient d'une couleur rouge sombre due à la présence d'hématoporphyrine. Il se demande si cette substance n'était pas la conséquence de l'abus du sulfonal. H. R.

De l'action physiologique du parachloralose, par HANRIOT et Ch. RICHET (*C. R. de la Société de biologie*, 10 *juin* 1893).

Le chloralose est soluble dans la proportion de 7 0/0, à froid. Le parachloralose qui se produit dans la réaction du chloral anhydre sur le glucose, est insoluble, à un autre point de fusion (229° au lieu de 184°) et est tout à fait inactif au point de vue physiologique. DASTRE.

Le pental comme anesthésique, par Max BAUCHWITZ (*Therap. Monashefte*, *n°* 7, *juillet* 1893).

Le pental, en raison de son action sûre et du réveil absolument sans accidents qui suit la narcose pentalique, doit être regardé, d'après les faits expérimentaux et cliniques, comme le meilleur anesthésique pour les opérations de courte durée. P. TISSIER.

Tolysal, par A. HENNING (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 8, *p.* 193, 1893).

Le salicylate de tolypyrine ou tolysal est proche parent, au point de vue chimique, du salicylate d'antipyrine (salipyrine). Il se présente sous formes de petits cristaux incolores, peu solubles dans l'eau et dans l'éther, solubles dans l'alcool et l'acide acétique.

Ayant constaté que les lapins et les cobayes supportaient sans dommage des doses de 3 grammes en 24 heures, l'auteur a élevé à 8 grammes la dose quotidienne chez l'homme sans déterminer le moindre malaise. Il n'y a pas d'action cumulative.

Le tolysal est extrêmement efficace dans le rhumatisme articulaire aigu. Il réussit également dans le rhumatisme musculaire et même dans le rhumatisme articulaire chronique; ici on doit donner de 6 à 8 grammes par jour.

Comme antinévralgique, il agit parfois très rapidement; des doses d'un ou deux grammes ont pu suffire pour faire disparaître des névralgies.

C'est un excellent antipyrétique (4 à 8 grammes par jour).

Il donne le sommeil. Enfin il est antifermentatif et antiseptique.

L. GALLIARD.

La tolypyrine (un succédané de l'antipyrine), par E. RICKLIN (*Revue intern. de thérap. et de pharm.*, 15 *mars* 1893).

La tolypyrine est, chimiquement, le para-tolyldiméthylpyrazolone. A la dose de 4 grammes répartie par prises de 1 gramme échelonnées à des intervalles d'une heure, la tolypyrine produit un abaissement de la température corporelle de 1 degré et demi au minimum. Le plus souvent cet abaissement de température a été de 2 degrés et davantage; quelquefois il a atteint une valeur de 3 et 3°,5; une fois même il est allé jusqu'à 3°,7.

La tolypyrine s'élimine par les urines. Quand on réduit les urines au tiers de leur volume, par évaporation, qu'on les filtre sur du charbon, et qu'on y ajoute de l'eau distillée, la masse prend une teinte rouge après addition de perchlorure de fer, et une teinte verte après addition d'acide azotique.

En résumé, la tolypyrine vaut l'antipyrine comme antipyrétique, antirhumatismal et antinévralgique; elle mérite la préférence sur l'antipyrine en raison de son prix de revient moins élevé. R. FAURE-MILLER.

I. — Ueber Tolypyrin, par Paul GUTTMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 11, *p.* 249, 13 *mars* 1893).

II. — Discussion, par LIEBREICH (*Ibidem*, *n°* 16, *p.* 386, 17 *avril*).

I. — La tolypyrine ne diffère chimiquement de l'antipyrine que parce que dans le groupe phénylique C^6H^5 on a remplacé un atome d'hydrogène par son équivalent du groupe méthylique CH^3; l'antipyrine étant la phényldiméthylisopyrazolone, la tolypyrine est la paratolyldiméthylpyrazolone.

La tolypyrine forme des cristaux incolores fondant à 136°, ayant une saveur très amère, se dissolvant dans 10 parties d'eau mais presque insolubles dans l'éther. En solution aqueuse, la tolypyrine, additionnée de

perchlorure de fer, donne, comme l'antipyrine, une coloration rouge intense et verte quand on l'additionne d'acide nitreux au lieu de perchlorure.

Guttmann, après s'être assuré préalablement de son innocuité sur les animaux, l'a administrée comme antypyrétique à 6 typhoïdiques, 5 pneumoniques, 2 érysipélateux, 2 scarlatineux, 2 phtisiques, etc. Il a constaté que 4 grammes, pris d'heure en heure, par portions de 1 gramme, à partir de midi, abaissent la température d'au moins 1 1/2 degré centigrade. Cet abaissement se produit dès la première dose et se poursuit de façon à atteindre son maximum au bout de 5 ou 6 heures. La réascension thermométrique s'effectue très lentement, en sorte que 4 grammes de tolypyrine suffisent généralement à maintenir la température basse durant 12 à 18 heures. Son action est moins durable quand la fièvre dépasse 40° ou que la maladie est encore dans sa période d'augment.

La chute thermométrique s'accompagne de sueurs, tandis que la réascension se fait sans frissons.

Chez 5 malades, Guttmann a expérimenté comparativement l'antipyrine et la tolypyrine, au point de vue de l'énergie et de la durée de leurs effets ; sous ce double rapport, la tolypyrine s'est montrée légèrement supérieure.

Guttmann a encore essayé ce médicament chez 14 rhumatisants et ne l'a pas trouvé inférieur à l'acide salicylique.

Enfin la tolypyrine lui a donné de bons résultats, comme antinévralgique, chez 10 malades atteints de céphalalgies de causes diverses.

La tolypyrine passe dans les urines, ce dont on peut s'assurer par les réactions caractéristiques du perchlorure de fer et de l'acide nitreux.

Guttmann conclut que, comme antipyrétique, antirhumatismal et antinévralgique, la tolypyrine est l'équivalent parfait de l'antipyrine.

II. — Liebreich conteste l'utilité pratique de tous les dérivés par substitution de l'antipyrine : salypirine, tolypyrine, tolysal. Comme pour les dérivés semblables du chloral (chloralamide, chloralose, etc.) on n'obtient d'autres résultats que d'affaiblir l'action de la substance originelle, sans la modifier d'une autre façon.

J. B.

Thiuret, ein schwefelhaltiges Antisepticum, par F. BLUM (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 8, *p.* 177, 1893).

Le thiuret résulte de l'oxydation du phényldithiobiuret. C'est une poudre cristalline, inodore, presque insoluble dans l'eau, assez soluble dans l'alcool et l'éther. Au contact des bases le thiuret se décompose en soufre, ammoniaque, phényldithiobiuret et aniline. Au contact de l'HCl à 165°, il fournit du soufre, du CO^2, de l'ammoniaque, de l'hydrogène sulfuré et un amide.

Le thiuret laisse échapper le soufre à l'état naissant : de là ses propriétés antiseptiques. Au contraire le phényldithiobiuret, qui ne livre pas le soufre à l'état naissant, n'est pas un désinfectant.

L'auteur a éprouvé l'action du thiuret sur un grand nombre de microbes.

Administrés aux animaux, les sels de thiuret (chlorhydrate, iodhydrate, borate, etc.) ne déterminent pas d'intoxication ; ils provoquent seulement de la diarrhée. L'auteur pense qu'on peut les employer chez l'homme.

L. GALLIARD.

Étude pharmacologique sur la créosote en combinaison oléique (oléocréosote de Diehl), par J.-L. PRÉVOST (*Revue médic. Suisse romande, XIII*, 102, *février* 1893).

L'oléocréosote est l'éther que forme l'acide oléique avec la créosote sous l'influence de différentes substances déshydratantes, telles que le trichlorure ou l'oxychlorure de phosphore, etc. Pour préparer cet éther, on mélange l'acide oléique et la créosote en proportions moléculaires et l'on ajoute le trichlorure de phosphore. La réaction commence déjà vers 25°, pendant que la température du liquide augmente sensiblement. On chauffe au bain d'huile en élevant la température lentement à 135 degrés que l'on maintient jusqu'à ce que la réaction d'abord tumultueuse soit finie. L'éther formé, surnageant une couche épaisse d'acide métaphosphoreux et de ses éthers créosotés, est séparé de ce mélange par décantation, puis purifié par des lavages réitérés à l'eau pure et à l'eau alcalinisée par le carbonate de soude, afin d'enlever les dernières traces de créosote et d'acide oléique qui avaient échappé à l'éthérification. Le produit est enfin séché par le sulfate de soude déshydraté et filtré.

Il constitue un liquide jaunâtre, de consistance huileuse et d'une saveur rappelant celle de la créosote, mais sans laisser aucune sensation de causticité sur la langue. Les propriétés physiques sont celles des huiles grasses en général. La densité de l'oléocréosote est de 0,9501 à 15° centigrades. Elle est absolument insoluble dans l'eau, très peu soluble dans l'alcool absolu, et soluble en toutes proportions dans les dissolvants des graisses et dans les huiles grasses. A l'aide de la gomme arabique ou du jaune d'œuf, elle peut être très facilement émulsionnée avec l'eau, forme très agréable pour l'ingestion médicamenteuse. L'oléocréosote est une substance qui ne contient plus de groupe phénolique libre, ce groupe étant lié à l'acide oléique; par ce fait, la créosote a perdu ses propriétés caustiques.

Prévost l'a expérimentée sur des rats, des cobayes et des lapins; il conclut : La créosote en combinaison oléique est tolérée à plus fortes doses que la créosote simplement mélangée à l'huile, sans produire de phénomènes d'intolérance gastro-intestinale. La toxicité de l'oléocréosote est beaucoup moindre que celle de la solution de créosote dans l'huile. L'oléocréosote injectée sous la peau peut se dédoubler et être éliminée par les urines. L'oléocréosote ingérée par la voie gastrique est évidemment dédoublée et donne lieu à une élimination de phénols au moins aussi considérable que lorsqu'elle est ingérée sous forme de simple solution dans l'huile. Ces expériences ont été faites au point de vue purement pharmacologique et ne permettent pas des déductions thérapeutiques relativement à la plus ou moins grande valeur clinique de l'oléocréosote comparée à la créosote en solution huileuse.

Mêmes résultats avec l'oléogaïacol, combinaison dans laquelle le gaïacol remplace la créosote. J. B.

Recherches thérapeutiques sur un dérivé soluble du napthol β (asaprol), par DUJARDIN-BEAUMETZ et STACKLER (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 *août* 1893).

L'asaprol est l'éther sulfurique du naphtol β à l'état de sel de calcium.

Il est extrêmement soluble. Son équivalent antiseptique est à peu près celui du salicylate de soude. Il s'élimine rapidement par les urines. On le prescrit chez l'adulte à la dose de 1 à 10 grammes, en général 6 grammes.

Les auteurs l'ont employé comme antithermique et comme analgésique dans le rhumatisme polyarticulaire aigu et subaigu, rhumatisme musculaire, douleurs musculaires, etc., dans l'influenza, divers états typhoïdes, amygdalites, pharyngites, furonculose.

Certains cas d'asthme ont paru soulagés par ce médicament. De même il a été utile comme analgésique dans des cas de névralgie intercostale, sciatique, surtout la névralgie dentaire.

A la dose de 6 grammes, l'asaprol a rendu dans les formes aiguës et subaiguës du rhumatisme polyarticulaire les mêmes services que le salicylate de soude. Mais il est mieux toléré que ce dernier et n'exerce aucune influence nocive sur les reins ; on peut donc l'administrer quand l'albuminurie existe. Il ne provoque ni nausées, ni vomissements, ni aucun trouble nerveux. R. FAURE-MILLER.

I. — De la microcidine, par BERLIOZ (*Dauphiné médical*, 1er *juin* 1893).

II. — De la microcidine et de son emploi en obstétrique et en chirurgie, par L. DAVID (*Thèse de Paris*, 1893).

I et II. — 1° La microcidine est une substance antiseptique, c'est-à-dire capable de tuer les microbes pathogènes ou d'en empêcher le développement;

2° C'est un produit composé du naphtol;

3° Elle est très soluble dans l'eau. Ses solutions sont presque inodores;

4° Sa réaction est franchement alcaline;

5° Par son pouvoir antiseptique, elle est intermédiaire au sublimé et à l'acide phénique. Les mêmes effets ont été obtenus avec des solutions de sublimé à 0gr,50 pour 1000, de microcidine à 5 pour 1000, d'acide phénique à 50 pour 1000;

6° Elle n'est pas toxique;

7° Elle n'est pas caustique, n'abime pas les mains et n'irrite nullement les plaies;

8° Elle est bien préférable au sulfate de cuivre pour les soins prophylactiques à donner aux femmes en couches;

9° Elle peut s'employer au même titre que le permanganate de potassium pour laver la cavité utérine injectée dans les cas de rétention du placenta ou des membranes. Elle est alors moins dangereuse que le sublimé et l'acide phénique;

10° Ses indications dans le traitement des plaies sont celles de tout antiseptique soluble. Mais elle est particulièrement utile pour le lavage des cavités séreuses et muqueuses, où l'absorption est à craindre;

11° Les solutions fortes à 5 pour 1000 paraissent nécessaires pour supprimer une infection commencée; les solutions faibles à 3 pour 1000 sont suffisantes pour maintenir l'asepsie des plaies non infectées;

12° Les instruments ne s'altèrent pas dans les solutions de microcidine, et celles-ci ne tachent ni le linge ni les vêtements.

R. FAURE-MILLER.

I. — Solutol I und Lysol in der Gross-Desinfection, par MAISEL (*Berlin. thierraertztl. Wochenschr.* 1892 *et Hyg. Rundsch. II*, 1053, 1er *décembre* 1892).

II — Weiteres ueber Solutol, par KOCH (*Ibidem, III, n° 5, p.* 232, 1er *mars* 1893).

I. — Maisel a étudié au point de vue pratique la désinfection des débris d'abattoir (sang et contenu de l'estomac des ruminants) en comparant à cet effet le solutol I et le lysol, sous le rapport de leur aptitude à imprégner plus ou moins rapidement les substances infectes et à les rendre inodores. Il a constaté une véritable supériorité du lysol, tant au point de vue de sa pénétration rapide, que de ses propriétés désodorantes.

II. — Koch a refait les expériences de Maisel sur la valeur respective comme désinfectants du lysol et du solutol. Il a constaté que l'un et l'autre sont difficilement solubles à la proportion de 10 0/0 indiquée par Maisel. De plus, la solution de solutol pénètre plus rapidement à l'intérieur des matières infectes et leur enlève leur odeur de putréfaction plus vite que celle du lysol. Même au bout de vingt-quatre heures, tous deux macèrent très peu l'épithélium ; mais ici encore le lysol est moins efficace. Les gros caillots de sang sont mieux ramollis par le solutol.

Koch conclut que le solutol est le désinfectant le mieux approprié pour les abattoirs et marchés au bétail. Outre son efficacité supérieure, il a encore l'avantage du bon marché. Une solution à cinq dixièmes pour cent de solutol est suffisamment efficace, tout en étant parfaitement claire, tandis que la solution identique de lysol forme un liquide blanchâtre, trouble, peu propre à clarifier les eaux sales.

Du reste l'Office sanitaire d'Empire s'est également prononcé en faveur du solutol contre le lysol (*Arbeiten d. k. Gsdhamte, VIII*) et c'est aussi le solutol qui a été recommandé en Autriche par le conseil supérieur d'hygiène. J. B.

Aus dem Pharmakologischen Institut der Universität Breslau (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., CXXXI*, 1).

Sous la direction du professeur Wil. Filehne, on a fait une série d'expériences ayant trait aux agents pyrétiques.

I. — *P. Josskowitz* et *H. Hildebrandt* se sont servis d'une infusion de foin. Après avoir porté à 100°, puis purifié, la solution par l'alcool et l'acide sulfurique dilué, ils en injectèrent à des chiens et des lapins en solution physiologique de chlorure de sodium. Sauf une élévation de température allant à 40°, ils ne constatèrent pas d'autre trouble chez les animaux qui ne présentèrent, après être sacrifiés, aucune lésion organique. Un essai fait sur l'homme donna, au point de vue de la température, un résultat analogue.

II. — *H. Hildebrandt* injecta de la chymosine (labferment) à des chiens et dut élever la dose à 5 centimètres pour produire de la fièvre. Des injections de 1 centimètre pratiquées sous la peau de l'homme amenèrent une fièvre de 39°, accompagnée de sueur.

La myrosine donnée en lavement est absorbée et élève la température du corps.

En injectant sous la peau de l'émulsine, à la dose de 5 à 10 0/0 en

solution physiologique de chlorure de sodium, il ne constata pas trace de ce corps dans l'urine du lapin.

III. — En pratiquant journellement des injections sous-cutanées d'émulsine et d'invertine, à des doses inoffensives par elles-mêmes, Hildebrandt constata que, loin de conférer l'immunité aux lapins, il produisait une intoxication amenant la mort des animaux.

1 gramme d'émulsine donnée en lavement devient mortelle aux lapins sains. ÉD. RETTERER.

Note sur les propriétés colorantes de l'oxychlorure de ruthénium ammoniacal par NICOLLE et J. CANTACUZÈNE (*Soc. de biol.*, 25 *mars* 1893, *et Ann. Inst. Pasteur*, *avril* 1893).

En solution aqueuse à 1/1000, l'oxychlorure colore principalement les noyaux; il les colore uniquement s'il est acidifié par l'acide acétique. Insoluble dans l'alcool, il permet rapidement de belles préparations. Pas d'affinité pour l'hémoglobine ni pour les granulations éosinophiles. Il est supérieur aux autres colorants dans le cas de pièces fixées à l'acide osmique. DASTRE.

Toxicité et emploi thérapeutique du fluorure de sodium, par BLAIZOT (*Soc. de biol.*, 18 *mars* 1893).

Le fluorure de sodium a pour équivalent thérapeutique, chez le lapin, 8 centigrammes, et pour équivalent toxique 10 centigrammes. Il est seize fois moins toxique environ que le sublimé et le sulfate de cuivre, et deux fois moins toxique que l'acide phénique. La solution à 1 0/0 ou même à 1/2 0/0 empêche le développement des bactéries pyogènes (staphylocoque et streptocoque). Ces solutions à 1 0/0 et 1/2 0/0 peuvent être employées avec avantage : pour les soins hygiéniques de la peau et des muqueuses ; pour la désinfection (excepté des instruments de fer et d'acier); pour le pansement des plaies; pour le traitement de certaines dermatoses : érythèmes, impetigo, prurigo. DASTRE.

Der Desinfectionswerth der Sozoiodolpræparate..., par SPIRIG (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 1, *p.* 38, 1er *janvier* 1893).

Spirig a examiné les propriétés désinfectantes des sozoiodols sodique, potassique, zincique, mercurique, aluné, lithiné, ainsi que de l'acide sozoiodolique.

Toutes ces préparations arrêtent nettement le développement des cultures sur gélatine et sur agar des spores charbonneuses, du staphylocoque doré, des bacilles prodigieux, pyocyanique et typhoïdique; sous forme pulvérulente ou cristallisée, elles n'ont en revanche aucune action, même à la longue, sur les spores du charbon.

Pour étudier leur pouvoir germicide, Spirig a eu recours à la méthode suivante :

Il fait, avec ces divers microorganismes, des cultures en bouillon ou place dans de l'eau stérilisée le raclage de leurs cultures sur pommes de terre ou sur agar; les filtre ensuite à travers de la laine de verre stérilisée, de façon à les obtenir en suspension homogène. Après quoi, il y plonge de petites plaques de verre qui se chargent sur leurs deux faces

d'une fine couche de microorganismes. Il dessèche ensuite les plaques sous une cloche de verre et les expose, un temps donné, à l'action du désinfectant. Alors il enlève ce désinfectant à l'aide d'un lavage à l'eau stérilisée, sèche les plaques ainsi lavées sous la cloche de verre et les plongeant dans un bouillon nourricier pur, les place dans l'étuve.

En procédant ainsi, il a toujours constaté la mort des spores et des bacilles du charbon, ainsi que celle du staphylocoque doré et du bacille typhoïdique. C'est le sel mercurique qui est le plus actif; ses effets sont aussi énergiques que ceux du sublimé. Tous ces germes sont plus faciles à tuer dans le bouillon que dans la gélatine et dans le liquide d'hydrocèle.

A la suite du sel mercurique, viennent comme efficacité le sozoiodozincique et l'acide sozoiodolique ; les sels potassique, sodique, lithiné, aluné sont très peu désinfectants.

Le sozoiodol potassique, que l'on a voulu substituer à l'iodoforme, agit mieux sur les plaies expérimentales que dans le tube à réactif; peut-être rend-il les tissus plus réfractaires à l'action des microorganismes sans attaquer ces derniers eux-mêmes. Son mode d'action est obscur, car l'insignifiante quantité d'iode mise en liberté ne peut constituer à elle seule l'élément actif. L'urine ne contient jamais d'iode.

Le sozoiodolate de potasse n'assèche pas aussi bien les plaies que l'iodoforme et excite moins énergiquement les bourgeons charnus. Toutefois, l'emploi en est indiqué à cause de son absence d'odeur, de ses propriétés non irritantes et peu toxiques. (*R. S. M.*, XXXVIII, 105.)

J. B.

Ueber Benzonaphthol, par F. KUHN (*Deutsche med. Woch.*, n° 19, *p.* 445, 1893).

Le benzonaphtol, peu soluble dans l'eau, n'entrave en aucune manière les fermentations gazeuses de l'estomac et de l'intestin.

Il ne modifie pas la quantité d'acide sulfurique éliminée par le rein.

Il n'exerce aucune influence sur la proportion de l'indican; chez un malade, atteint de catarrhe intestinal, dont l'urine était analysée à ce point de vue, on constatait, au contraire, que le calomel suivi du salicylate de bismuth réduisait l'indican à 0.

Chez plusieurs malades atteints de diarrhée profuse et de coliques, le benzonaphtol a complètement échoué, tandis que le calomel et l'ichthyol réussissaient. Chez un enfant, le benzonaphtol a singulièrement aggravé les accidents.

Ce remède n'a donc pas de valeur, dit Kuhn, comme antiseptique intestinal. L. GALLIARD.

Notes sur l'acide borique, par THÉZÉE (*Bull. de la Soc. de méd. d'Angers*, *p.* 63, 1893).

L'acide borique du commerce, généralement employé dans la pharmacie, contient le plus souvent, entre autres impuretés, de l'acide chlorhydrique libre ; c'est à cela que tient son action parfois irritante. Cet acide chlorhydrique ne peut être complètement enlevé que par des lavages prolongés. L'action irritante des pommades boriquées peut être atténuée par l'addition d'un peu de borate de soude. LEFLAIVE.

De l'action de la teinture de cantharides, par E. CASSAET (*C. R. de la Société de biologie*, 10 *juin* 1893).

La teinture de cantharides (à la dose de 11 gouttes) agit moins énergiquement sur le rein que l'emplâtre de vésicatoire. Une faible dose suffit pour obtenir des résultats. Sous forme de teinture, la cantharide n'entraîne (3 à 6 gouttes) ni hématurie, ni excitation vésicale, ni cystite exfoliante, ni congestion pleuro-pulmonaire, ni aucun autre symptôme contre-indicateur. Elle produit une diurèse intense, diminue l'albuminurie, relève le taux des toxines de l'urine et de l'urée. Elle peut rendre les plus grands services dans les cas d'insuffisance urinaire aiguë d'origine épithéliale. DASTRE.

Ueber die Einwirkung des Ozons auf Bakterien, par OHLMUELLER (*Arbeiten aus dem. k. Gesundheitsamte, VIII, et Hyg. Rundsch.*, n° 3, *p.* 134, 1er *février* 1893).

L'ozone sec n'a aucune influence sur les microorganismes secs (bacilles typhoïdiques desséchés sur des fils de soie); en revanche lorsque l'air ozonisé est humecté d'eau ou que les bacilles typhoïdiques sont mouillés, leur développement est entravé.

D'autre part, l'air ozonisé n'a aucune action sur les spores charbonneuses humides.

L'ozone est donc impropre à la désinfection des objets ainsi qu'à celle des logements. En revanche, c'est un désinfectant énergique quand on le fait agir sur des microbes suspendus dans l'eau, car alors il tue même les spores charbonneuses, à la condition toutefois que l'eau ne contienne pas une trop forte proportion de matière organique morte.

En effet, avant d'agir sur la matière vivante, l'ozone est employé à oxyder les éléments organiques inanimés. J. B.

De la valeur antiseptique du chloroforme et de l'eau chloroformée, par HENROTAY (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers, p.* 117, *avril* 1893).

Des brins de soie ayant été plongés dans une culture de bacillus anthracis, ont été placés ensuite soit dans le chloroforme pur, soit dans l'eau chloroformée. Après un séjour dans ces liquides variant d'une demi-heure à vingt-cinq jours, ils ont été mis en culture ; tous ces brins ont donné lieu à des colonies de bacillus anthracis. C'est à peine si la germination a été ralentie ; la formation de spores a paru notablement diminuée.

LEFLAIVE.

Sur une falsification de la gaze iodoformée (*Revue intern. des falsif., V, et Hyg. Rundsch., III*, 137).

Une gaze vendue comme contenant 30 0/0 d'iodoforme n'en renfermait en réalité que 8 0/0, mais avait été colorée en jaune à l'aide d'un dérivé nitré du phénol. Pour reconnaître cette falsification, il suffit de mettre la gaze à digérer dans l'eau. Si le liquide filtré est teint en jaune et laisse, en s'évaporant au bain-marie, un résidu jaune doré qui fond sur des charbons ardents, qui ne colore pas l'éther, et qui n'ait pas de saveur amère, c'est la preuve que la gaze contient des matières colorantes jaunes. J. B.

Einfluss einiger Arzneimittel auf die Salzsäureabscheidung des Magens (Influence de quelques médicaments sur la sécrétion de l'HCl), par LEUBUSCHER et SCHÆFFER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 46, *p.* 1038, 1892).

Les observations ont été faites chez des aliénés.

La pilocarpine, administrée immédiatement après le repas d'épreuve, a pour effet d'augmenter la sécrétion du mucus gastrique auquel se mélange une grande quantité de salive déglutie; mais elle provoque aussi une sécrétion exagérée d'HCl.

Le sulfate d'atropine injecté sous la peau à la dose de 1 milligr. 1/2 après le repas d'épreuve ne paraît pas influencer la sécrétion d'HCl mais il trouble cependant la digestion.

Même résultat avec le chlorhydrate d'hyoscine.

L'opium pur ingéré à la dose de 15 centigrammes, immédiatement après le repas d'épreuve, a pour effet de diminuer environ de moitié la quantité d'HCl sécrétée. Pendant les trois premières heures, la phloroglucine-vanilline donne un résultat négatif; au bout de quatre heures le résultat devient positif. Ce n'est qu'après quatre heures que la digestion est effectuée.

Le chlorhydrate de morphine ingéré à la dose de 2 centigrammes ne modifie pas sensiblement la quantité d'HCl mais elle fait échouer pendant deux heures la réaction phloroglucinique et retarde la digestion comme l'opium.

L'effet du même remède est tout différent lorsqu'on a recours à l'injection sous-cutanée. Deux centigrammes de chlorhydrate de morphine injectés sous la peau, diminuent considérablement l'HCl. Au bout d'une heure et demie, par exemple, l'HCl fait défaut chez un sujet qui n'ayant pas pris de médicament aurait eu 0,8 0/00 d'HCl; au bout de 2 heures 3/4 on trouve 0,02 au lieu de 3,4; après 3 heures 1/2 on trouve 0,6 au lieu de 2,1. D'autre part, la phloroglucine-vanilline donne un résultat constamment négatif et la digestion se fait mal.

Les injections sous-cutanées de morphine sont donc infiniment plus nuisibles que l'administration par la bouche de la morphine et de l'opium, surtout lorsqu'elles sont faites immédiatement après le repas. L. GALLIARD.

Traité élémentaire d'électricité médicale avec les principales applications à la physiologie et à la thérapeutique, par L. LECERCLE (2e *édit.*, *Montpellier et Paris*).

Un livre de ce genre échappe à l'analyse. Celui-ci mérite cependant une mention particulière. Il renferme, en effet, sous une forme simple et précise toutes les notions d'électricité qu'un médecin doit posséder.

G. H.

Toxicité comparée du sang et du venin du crapaud commun, considérée au point de vue de la sécrétion interne des glandes cutanées, par PHISALIX et BERTRAND (*Compt. rend. acad. des sciences*, 8 *mai* 1893).

La résistance considérable que les animaux à glandes venimeuses opposent à l'empoisonnement par leur propre venin a été attribuée à l'accoutumance par suite d'une résorption par le sang d'une partie des produits glandulaires. Aussi la destruction des glandes spécifiques, comme l'a

réalisée Brown-Séquard chez le serpent à sonnettes, a-t-elle pour effet d'abolir l'immunité de cet animal pour son propre venin. Cependant il restait encore à donner la démonstration directe de la sécrétion interne, c'est-à-dire à constater la présence dans le sang des produits venimeux de la glande. C'est ce que l'auteur a fait sur le crapaud, chez lequel le poison des glandes cutanées a, sur les autres animaux, une action si bien déterminée. Or le sang du crapaud (sang entier) ou sérum seul est toxique pour les petits mammifères, et pour la grenouille ; les résultats généraux sont identiques avec le sang ou avec le poison des glandes. Donc les glandes venimeuses, indépendamment de leur sécrétion interne, fournissent au sang une partie des éléments qu'elles élaborent et apportent ainsi dans ce liquide des modifications qui jouent un rôle dans la biologie de l'espèce. M. DUVAL.

I. — Le mécanisme de la mort dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par A. MARCACCI (*Archives italiennes de biologie, XIX, p.* 115, *et Arch. di farmac e terapeutica, I, fasc.* 1-2, 1893).

II. — L'oxyde de carbone au point de vue pharmacologique (*Ibidem, p.* 140).

L'unique danger pour l'existence dans l'empoisonnement par le CO ne tient pas de la formation de la carboxyhémoglobine ; le plus grand danger, au contraire, celui qui peut menacer plus rapidement l'existence, vient de la syncope réflexe que le gaz peut produire sur le cœur et sur la respiration par une irritation des premières voies respiratoires ; ce danger évité, reste alors l'action toxique du gaz.

L'oxyde de carbone n'empêche pas la fermentation alcoolique ; il n'agit sur la germination qu'à doses fortes 50 0/0 (Linossier). Cet action, d'après l'auteur, serait une action suspensive et conservatrice comme celle des anesthésiques. Comme le chloroforme, CO serait un poison du protoplasma conduisant au marasme, dans le cas d'action chronique.

DASTRE.

Contribution à l'étude et au traitement du morphinisme oriental. Des paralysies chez les fumeurs d'opium, par MICHAUT (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 *avril* 1893).

L'opium absorbé par les voies respiratoires est un amyosthénique au premier chef ; il amène une débilité musculaire qui se traduit par de la titubation. Il y a prostration musculaire. Les muscles lisses sont atteints comme les muscles striés (diarrhée, dyspnée). La paralysie de la tunique musculaire de l'estomac explique les vomissements incoercibles des fumeurs. L'action paralysante en se portant sur l'appareil musculaire de la vision détermine une diminution du pouvoir d'accommodation, la diplopie, le larmoiement constant chez les vieux fumeurs.

L'incontinence d'urine n'est pas rare ; il existe parfois des pertes séminales.

L'opiomanie rend plus grave les blessures de guerre. Les blessés privés de leur opium sont atteints d'un délire furieux analogue au delirium tremens.

Chez les vieux fumeurs ou les gros fumeurs d'opium, il se produit de

la paralysie des extenseurs des mains et des doigts reproduisant presque trait pour trait le tableau clinique de la paralysie saturnine. La tumeur dorsale du poignet peut exister également. L'opiomanie conduit, à ses derniers degrés, à une cachexie dont la cachexie tuberculeuse de la dernière période de la phtisie pulmonaire peut seule donner une idée.

Dans le traitement de ces accidents, les injections de spartéine, de caféine sont indiquées ; mais il n'existe qu'un seul vrai traitement, l'éloignement définitif des pays où l'on fume l'opium. R. FAURE-MILLER.

Morphinophagie, morphinisme et diathèse, par G. PICHON (*Ann. méd. psych., mars* 1893).

L'abus de la morphine devient de plus en plus fréquent, mais il existe une modalité clinique spéciale à laquelle il donne le nom de morphinophagie. Il rapporte deux cas absolument anormaux dans l'histoire du morphinisme, l'un qui a trait à une éruption morphino-syphilitique, l'autre à une véritable morphinophagie.

Homme, 40 ans, chez lequel l'intoxication morphinique remontait à cinq ans à la suite d'une sciatique douloureuse. Syphilis grave contractée il y a six ans. Sous la double influence de la syphilis et de l'intoxication morphinique, chacune des piqûres devint le siège d'une collection purulente au point que le corps tout entier, à l'exception seulement de la face, était couvert d'abcès qui devenaient par places de véritables nappes purulentes de l'aspect le plus repoussant. Les caractères des lésions, l'indolence absolue, la couleur cuivrée indiquaient nettement qu'il ne fallait pas songer aux abcès morphiniques classiques et que ces accidents cutanés ressortissaient sans conteste à la syphilis.

Homme, 55 ans, qui avait pris l'habitude d'absorber tous les jours de 30 à 50 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Depuis quatorze ans, il prenait cette dose par voie d'ingestion stomacale et ne s'était jamais fait une piqûre. A quatre ou cinq reprises dans la journée, il prenait sa morphine en nature, la mâchait et la dégustait véritablement et sans l'aide d'aucun liquide, ni avant, ni après. L'état de besoin était encore plus intense que dans le morphinisme classique, et on notait en outre une albuminurie grave, des constipations opiniâtres, des coliques extrêmement douloureuses entrecoupées parfois de véritables débâcles. Du côté de l'estomac, les phénomènes sont encore plus graves : troubles dyspeptiques variés et surtout crises de gastralgie de la dernière importance. DESCOURTIS.

De la respiration périodique dans l'intoxication par le chloralose, par V. PACHON et Ch. RICHET (*Soc. de biologie*, 11 *mars* 1893).

En injectant à un chien 15 centigrammes par kilogramme dans les veines, on produit une respiration périodique (phases de deux ou trois respirations suivies d'un arrêt). Pendant cet arrêt, on note la dilatation progressive du thorax. Il faut que l'animal ne se refroidisse point ; qu'il y ait calme absolu et silence. Cette respiration périodique survient quand les centres nerveux supérieurs sont paralysés, et que cette paralysie incomplète ne porte que sur leur spontanéité même, leur excitabilité réflexe subsistant. DASTRE.

Ein Fall von anscheinender Vergiftung mit Benzosol, par R. von JAKSCH (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 9, *p.* 201, 27 *février* 1893).

Diabétique, âgée de 56 ans, à laquelle von Jaksch administra progressivement de 1 à 3 grammes de benzosol. Le quatrième jour de cette médication, la femme fut prise de diarrhée, le sixième d'ictère, qui s'accusa les jours suivants, en même temps qu'apparaissaient des symptômes d'affaiblissement du cœur. Mort le onzième jour. Les urines renfermaient un excès considérable d'acides sulfo-conjugués. A l'autopsie, lésions d'entérite aiguë. J. B.

De l'iodoforme et de l'iodoformisme, par BOURDETTE (*Thèse de Paris*, 1893).

1° L'iodoforme doit être mis avec précaution et en petite quantité sur les surfaces malades;

2° Dans les cavités naturelles ou artificielles, il ne faut en introduire qu'aussi peu que possible;

3° Il ne faut jamais en frictionner les plaies;

4° Il faut renouveler le pansement le moins souvent possible;

5° Il ne faut pas l'employer en même temps qu'un autre antiseptique et d'autres pansements qui en facilitent l'absorption outre mesure;

6° Il ne faut s'en servir qu'avec les plus grandes précautions chez les jeunes et les vieux sujets, chez les personnes affaiblies et nerveuses, chez celles qui ont une affection rénale ou cardiaque, chez celles qui sont trop grasses et qui ont les chairs flasques;

7° Enfin il faut que les praticiens exercent une surveillance attentive sur tous les malades qui se servent de l'iodoforme et en fassent cesser l'usage dès que survient le moindre symptôme d'intoxication.

R. FAURE-MILLER.

Contribution à l'étude de l'intoxication par le sublimé, par P. DELAUNAY (*Thèse de Paris*, 1893).

Delaunay décrit trois formes cliniques de l'intoxication par le sublimé: la forme aiguë qui éclate vite et tue rapidement, c'est celle que l'on observe dans les empoisonnements accidentels ou voulus, plus rarement chez les accouchées; la forme aiguë qui dure un peu plus, qui se voit surtout dans les services d'accouchements et qui n'est pas rare dans le cas d'empoisonnement criminel; la forme subaiguë qui éclate beaucoup plus tardivement, qui est la forme type des syphilo-thérapeutes et qui se voit quelquefois chez les nouvelles accouchées.

La mort est presque certaine, au moins dans les deux premières formes, et elle est amenée, soit par l'inanition due aux vomissements continus, soit par l'urémie produite par l'anurie plus ou moins complète, soit, ce qui est encore plus fréquent, par ces deux causes réunies.

R. FAURE-MILLER.

I. — L'échange gazeux respiratoire dans l'empoisonnement par le phosphore, par D. LO MONACO (*Archives italiennes de biologie*, *XIX*, *p.* 300, *et Bullett. della R. Accademia medica di Roma*, *XIX*, *fasc.* 1).

II. — Sur la localisation micro-chimique du phosphore dans les tissus, par L. LILIENFELD et A. MONTI (*Archives italiennes de biologie*, *XIX*, *p.* 13, 1893, *et Atti della R. Accad. dei Lincei*, 1892, *I*, *fasc.* 9 *et* 10).

I. — On opère sur le rat. On analyse tout l'air expiré. On recueille

toute l'eau. L'auteur conclut de ses déterminations que l'élimination de l'acide carbonique et l'absorption d'oxygène ne sont pas influencées par l'action du phosphore. Mais il y a une diminution dans la quantité d'eau expirée. La décomposition des substances azotées est augmentée, on en a la preuve dans la quantité excessive d'urée. Mais il n'y a pas comme on le croyait, diminution de la combustion des substances non azotées.

II. — Si l'on porte un tissu contenant de l'acide phosphorique dans une solution nitrique de molybdate d'ammonium, l'acide molybdique se précipite dans les points où il existe de l'acide phosphorique : ce précipité phosphomolybdique est coloré en noir par l'acide pyrogallique. Les auteurs ont étudié des cellules végétales, des bactéries, des épithéliums, des spermatozoaires, des globules du sang, des cellules nerveuses, des fibres musculaires. En résumé les noyaux des jeunes cellules capables de développement sont toujours riches en phosphore; les cellules dont le pouvoir reproductif a fait place à une fonction spécifique ont des noyaux pauvres en phosphore. DASTRE.

Zur acuten Phosphorvergiftung, par von JAKSCH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 1, *p.* 10, 1893).

Dans l'intoxication phosphorée aiguë, on voit parfois les globules rouges du sang se multiplier (polycythémie rouge). Chez un malade qui n'avait primitivement que 4,300,000 globules rouges, on vit le nombre s'élever à 7,700,000 et même à 8,250,000. En outre, le nombre des globules blancs fut porté de 11,000 à 58,750. Chez un autre malade, on trouva 7,450,000 globules rouges et 8,000 globules blancs. La quantité d'albumine du sang n'est pas accrue. L'alcalinité du sang décroît d'une façon considérable.

Chez un sujet empoisonné par le phosphore, l'urine contenait une grande quantité de peptone. L. GALLIARD.

I. — Toxicologie de l'arsenic. Sa reconnaissance au moyen de certaines moisissures, par B. GOSIO (*Archives italiennes de biologie*, *XVIII*, *p.* 298, 1892, *et Rivista d'igiene et sanita publica*, 1892).

I. — Action de quelques moisissures sur les composés fixes d'arsenic, par B. GOSIO (*Ibidem*, *XVIII*, *p.* 253, 1892, *et Rivista d'igiene è sanita publica III*).

I. — Le penicilium brevicaule est doué d'une action énergique sur les composés fixes d'arsenic. Cette activité peut être utilisée comme moyen de recherche, même pour des traces minimes d'arsenic mêlé à ses cultures. Le phénomène indice de la réaction est la forte odeur d'ail qui accompagne le développement de la moisissure. Le gaz arsenical, cause de cette odeur, peut être facilement oxydé; par conséquent les essais chimiques, parmi lesquels celui de l'appareil de Marsh, sont rendus possibles.

II. — Des moisissures vivant au contact de composés arsenicaux fixes (de tentures, tapisseries) peuvent développer des gaz arsenicaux, capables de provoquer des convulsions mortelles chez un rat. Ces moisissures sont le *mucor mucedo*, l'*aspergillus glaucus*, l'*aspergillus*

virens, et surtout le *penicilium brevicaule*, qui est un véritable réactif vivant de l'arsenic. DASTRE.

Arsenical neuritis, par OSLER (*Montreal med. journ.*, *avril* 1893).

Osler rapporte le cas d'un individu atteint de lymphadénie, qui, en soixante-quinze jours, prit 82 centigrammes d'acide arsénieux. On nota chez lui d'abord un accroissement de la pigmentation de la peau ; puis au bout de sept semaines une sensibilité anormale des muscles des membres supérieurs et inférieurs. Bientôt les réflexes rotuliens disparurent, la marche devint difficile et presque impossible, l'impotence musculaire des bras très diminuée. L'excitabilité faradique et galvanique des muscles fut également amoindrie. H. R.

Ueber Nierenveranderungen nach Schwefelveraiftung (Sur les altérations rénales après l'empoisonnement par l'acide sulfurique), par Eug. FRAENKEL et F. REICHE (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXXI*, 1).

Dans une première observation d'empoisonnement par l'acide sulfurique, suivi de mort au bout de cinq heures, l'épithélium des tubes contournés du rein est profondément altéré. Il paraît gonflé et a perdu ses contours ; les noyaux des cellules épithéliales sont, la plupart, incapables de fixer les matières colorantes.

Dans la lumière des tubes urinifères se trouvent des masses troubles de forme cylindrique ; on en voit également entre la membrane propre et le revêtement épithélial.

Ces lésions ne se limitent pas seulement à la substance corticale, mais on les rencontre également dans les tubes droits, dans lesquels on aperçoit de plus un pigment jaune situé soit dans les cellules épithéliales, soit dans la lumière des tubes.

Dans deux autres cas d'empoisonnement par l'acide sulfurique, suivis de mort au bout de deux et quatre mois, on a trouvé des lésions en foyer dans la substance corticale. Le parenchyme sécréteur avait disparu à ces endroits. L'épithélium des tubes urinifères était devenu très bas. La capsule des glomérules s'était épaissie, de façon à figurer une série de lamelles emboîtées les unes dans les autres.

En résumé, peu de temps après l'empoisonnement par l'acide sulfurique, l'épithélium rénal des tubes contournés et droits a subi une nécrose de coagulation ; les cellules ont péri et leurs noyaux ont disparu. Les lésions lointaines d'un empoisonnement par l'acide sulfurique, se traduisent dans le rein par des cicatrices localisées dans certaines parties du parenchyme. On voit par places les tubes sécréteurs et spécialement leur épithélium complètement détruits.

ÉD. RETTERER.

I. — A case of lead poisoning (Encéphalopathie saturnine), par O'CARROLL (*Brit. med. j.*, *p.* 66, 14 *janvier* 1893).

II. — On the elimination of lead in chronic lead poisoning, par J. Dixon MANN (*Brit. med. j.*, *p.* 401, 25 *février* 1893).

I. — Chez un saturnin atteint à plusieurs reprises d'attaques épileptiformes avec troubles graves de la sensibilité et de l'intelligence, l'auteur a trouvé les lésions suivantes. Augmentation considérable du liquide céphalo-

rachidien qui comprimait les circonvolutions et formait des kystes véritables sur certains points entre la dure-mère et la pie-mère. Sur la région pariétale gauche, existait une dépression de 2 à 3 millimètres de profondeur et de 5 centimètres d'étendue.

L'analyse chimique révéla de grandes quantités de plomb dans les tissus encéphaliques. Histologiquement pas d'atrophie des fibres et des cellules corticales, mais sur plusieurs points, pigmentation très prononcée des cellules et des vaisseaux de la névroglie, qui paraissent complètement noirs.

II. — Travail intéressant, basé sur deux cas d'intoxication saturnine suivis avec le plus grand soin. En voici les conclusions (à consulter les méthodes d'analyse chimique et les résultats des éliminations intestinales et urinaires).

Le plomb est éliminé lentement et d'une façon plus ou moins continue par les intestins ; l'élimination rénale est bien moins importante. Une fois déposé dans les tissus, il y existe sous la forme d'un composé très stable, sur lequel les médicaments n'ont que peu d'action, si même ils en ont une.

Les meilleurs moyens de favoriser cette élimination sont les bains, le massage général, le grand air et la bonne nourriture, bref tous les agents de la reconstitution hygiénique de la santé. L'iodure de potassium, d'après l'auteur, a son utilité pour empêcher les scléroses et les altérations viscérales, mais nullement pour favoriser l'élimination du plomb.

H. R.

Recherches sur les empoisonnements produits par de la viande de veau, à Moorseele, par van ERMENGEM (*Bull. de l'Acad. de Belgique*, *n°* 11, *p.* 1025, 1892).

En août 1892, dans l'espace de quatre jours, quatre-vingts habitants de Moorseele ont été atteints de diarrhée et de vomissements, avec adynamie, affaiblissement musculaire, souvent aphonie; quatre sont morts; tous les autres ont eu une longue convalescence; les plus gravement atteints ont eu des pétéchies, des ecchymoses, de l'urticaire, de l'herpès labial. Tous ces malades avaient consommé la viande de deux veaux morts de maladie. Les animaux avaient succombé à une affection caractérisée par une diarrhée abondante, et ils avaient présenté comme lésions l'intestin rouge foncé, le foie tuméfié et les muscles plus rouges qu'à l'ordinaire.

La viande, consommée de suite, n'était pas putréfiée; elle a été mangée toujours après cuisson (rôtie et bouillie). Les accidents se sont développés au bout d'un temps qui a varié entre trois et vingt-quatre heures, sauf dans un cas plus tardif. Un certain nombre des consommateurs n'ont pas été indisposés.

Le bacille-virgule ne se rencontrait pas dans les déjections des malades. Dans la moelle osseuse d'un des veaux suspects et dans les viscères de l'une des victimes, on a rencontré un bacille qui se rapproche comme aspect du *bacillus coli commune*, mais qui cependant en diffère nettement; ce bacille ressemblerait plutôt comme caractères à ceux que l'on a décrits dans des épizooties (pneumo-entérite, choléra des porcs).

L'ingestion de cultures de ce microbe par des cobayes, des lapins, des souris, a déterminé la mort des animaux avec des symptômes de

gastro-entérite à marche rapide; les chiens en expérience n'ont pas été malades, bien qu'un autre chien ait succombé après que ses maîtres lui eussent donné de la viande des veaux en question. Les injections sous-cutanées, intra-veineuses et intra-péritonéales de cultures de ce microbe ont également causé la mort de la plupart des animaux auxquels elles ont été faites.

Bien que ce bacille ne survive pas à une température de 60 degrés, la viande infectée, mais cuite, le bouillon préparé avec cette viande, ont déterminé chez presque tous les animaux des accidents graves et même mortels. Ces accidents sont donc le résultat de toxines et de toxalbumines qui ne sont pas détruites par la cuisson. LEFLAIVE.

THÉRAPEUTIQUE.

Du lait stérilisé; son emploi dans l'alimentation du nouveau-né, par A. CHAVANE (*Thèse de Paris*, 1893).

Le lait de vache stérilisé au bain-marie, c'est-à-dire à 100°, est plus facilement digéré que le lait ordinaire cru ou bouilli.

Les nouveaux appareils qui permettent de faire la stérilisation du lait chez soi rendent son emploi plus étendu et plus sûr.

La stérilisation ne doit viser que la provision de la journée. Elle sera, comme le conseille Soxhlet, divisée en un nombre de petites bouteilles correspondant à celui des repas de l'enfant.

Le lait stérilisé doit être donné pur, sans coupage.

Il faut, avant de donner le lait à l'enfant, prendre les précautions suivantes :

1° Constater pour chaque bouteille que l'opération de la stérilisation a réussi et que le vide persiste;

2° Ne faire sauter le mode de fermeture qu'au moment même du repas du nourrisson;

3° Goûter le lait pour s'assurer de sa température et de sa qualité.

On ne doit jamais employer le lait d'une bouteille déjà entamée et qui est restée débouchée un certain temps, non plus que celui contenu dans une bouteille mal fermée.

Les enfants recevront dès le jour de leur naissance une quantité de lait proportionnelle à leur poids initial. On diminuera ainsi, autant que faire se peut, la perte de poids des premiers jours.

L'administration du lait stérilisé tire son avantage :

1° De sa facile digestion; 2° de ce qu'on peut le faire passer directement, de la bouteille stérilisée qui le contient, dans le tube digestif de l'enfant.

L'auteur a donné, dans un certain nombre de cas, du lait stérilisé pur aux enfants nés prématurément, ils l'ont très bien digéré. R. F. M.

La méthode de Brown-Séquard, par Ch. ELOY (*In*-16, *p.* 280, *Paris*, 1893).

Le volume que publie Eloy vient à point pour mettre un peu d'ordre et de lumière dans cette question un peu confuse des injections de liquides organiques. Accueillie avec défiance pendant assez longtemps, la méthode de Brown-Séquard a pris droit de cité et est aujourd'hui d'usage courant, peut-être même trop répandue et appliquée sans assez de discernement. Une fois acceptée, elle a été le point de départ d'une série de recherches thérapeutiques du même ordre, injections thyroïdiennes, celle qui a sans contredit donné les plus beaux résultats, pancréatiques, ganglionnaires, cérébrale, etc.

C'est à l'étude de ces diverses médications, à leur action physiologique, leur valeur clinique et leur application qu'est consacré le petit ouvrage de notre distingué confrère.

Après une revue des fonctions glandulaires, des sécrétions internes, E. retrace l'histoire de la méthode orchitique, soumet à un contrôle judicieux les principales observations et expériences. Il indique, chemin faisant, les causes des succès et des insuccès; donne la série, déjà longue, des affections pour lesquelles on a employé ces injections et conclut très justement qu'il ne faut pas voir dans le suc testiculaire un remède spécifique ; c'est un médicament de symptôme.

On trouvera les indications les plus précises sur le mode de préparation et d'emploi de l'extrait orchitique.

Comme complément à cette médication, E. étudie, dans les chapitres suivants, la médication thyroïdienne, la médication pancréatique, les injections et greffes capsulaires pour la maladie d'Addison et enfin la médication cérébrale ou transfusion nerveuse. En quelques pages il retrace l'histoire complète de ces innovations thérapeutiques depuis les premières recherches de laboratoire jusqu'aux applications les plus récentes en France et à l'étranger. Il a constitué ainsi une sorte de guide pour le praticien disposé à employer ces méthodes et une véritable revue générale à l'usage du bibliographe. A. CARTAZ.

Le iniezoni di liquido testicolare di Brown-Séquard e la trasfusione nervosa di C. Paul, par R. MASSALONGO (*La Riforma medica*, 6, 7 *et* 8 *février* 1893).

Massalongo a employé la méthode de Brown-Séquard dans un cas d'hystéro-épilepsie, dans 7 cas de neurasthénie, dans 2 cas de tuberculose pulmonaire, dans un cas de tic douloureux de la face. Il a vu quelquefois survenir une amélioration des symptômes fonctionnels, une disparition momentanée des douleurs, phénomènes qui s'observent ordinairement, quelque soit le mode de traitement, fût-ce même l'eau distillée, par la simple influence de la suggestion. D'après lui tout ce qu'on a dit et écrit sur la méthode de Brown-Séquard et de C. Paul peut être intitulé : « Un nouveau chapitre de thérapeutique suggestive. »

GEORGES THIBIERGE.

Sur un cas de diabète maigre traité par les injections de suc pancréatique, par A. RÉMOND et A. RISPAL (*C. R. de la Société de biologie*, 15 *avril* 1893).

Sous l'influence des injections, la quantité et la densité des urines ont

notablement diminué : le pouls ralenti s'est relevé : le poids est remonté en seize jours de la quantité dont il avait baissé en trois mois. DASTRE.

L'action hypercinétique de la digitale et son action antiphlogistique dans la pneumonie, par PETRESCO (*Bulletin génér. de thérapeutique*, 15 *février* 1892).

Petresco montre que la pneumonie peut être jugulée par la digitale à hautes doses, administrée dès le début de la maladie, et ce traitement abortif est le plus rationnel, car il est basé sur l'indication pathogénique de la digitale. Son efficacité est confirmée par les statistiques, et la mortalité la plus réduite est observée dans les pneumonies traitées par la digitale à hautes doses.

La dose de 4 à 8 grammes par jour de feuilles de digitale en infusion, que préconise Pétresco, serait la véritable dose thérapeutique de la digitale contre la pneumonie des adultes; ce n'est que de cette dose que l'on peut attendre des effets salutaires immédiats.

Cette dose est parfaitement tolérée; elle n'est point toxique, ainsi que le démontre une statistique de sept cent cinquante-cinq observations.

R. FAURE-MILLER.

Ice in the treatment of acute pneumonia : a collective report, par MAYS (*Boston med. and surg. Journal*, 22 *juin* 1893).

Sur 50 cas traités par la glace et dont il donne le résumé, Mays n'a eu que deux morts, soit 4 0/0. La glace en faisant contracter les capillaires pulmonaires dont l'énorme distension dans la pneumonie aiguë provoque la stase sanguine, l'exsudation des fluides constitutifs du sang, la diapédèse des globules rouges et blancs dans les alvéoles pulmonaires, combat précisément ces phénomènes, de plus elle diminue la douleur, l'anxiété respiratoire, la toux, l'expectoration et abaisse même la température de 2° ou 3° dans l'espace d'une demi-journée. Mays ne connaît aucune contre-indication. CART.

Traitement de la pneumonie grave par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, par BERMAN (*Thèse de Paris*, 1893).

Berman cite un certain nombre d'observations où la terminaison a été heureuse. Il pense que les injections sous-cutanées de térébenthine ont contribué pour une bonne part à la guérison de ces cas et fait remarquer, en outre, qu'elles sont absolument inoffensives et n'ont jamais entravé l'évolution normale de la maladie. Bien entendu, c'est à l'abcès qu'il faut rapporter le bienfait des injections. R. FAURE-MILLER.

Traitement de la bronchite aiguë, par W. WILCOX (*Therapeutic Gazette*, *juin* 1893).

L'auteur préconise l'extrait fluide du Cocillana Rusbyi, à la dose de 15 gouttes dans un verre d'eau toutes les quatre ou six heures, contre la bronchite aiguë principalement, et aussi dans la bronchite chronique, la bronchorrhée, les maladies chroniques du poumon en général. Dans les cas où l'on emploie l'apomorphine ou l'ipécacuanha, la cocillana agit mieux que ces deux derniers médicaments. R. FAURE-MILLER.

On the treatment of bronchiectasis, par Grainger STEWART (*Brit. med. j.*, *p.* 1147, 3 *juin* 1893).

Grainger Stewart recommande dans les cas de bronchectasie avec fétidité des sécrétions bronchiques, l'emploi des injections intratrachéales du mélange suivant : menthol, 10; gaïacol, 2 ; huile d'olive, 88.

L'injection est bien supportée ; on en injecte deux fois par jour la valeur d'un drachme dans la trachée. La fétidité des crachats disparaît en général rapidement. Si elle persiste, il faut rechercher avec des ponctions exploratrices les portions ectasiées et provoquer la pneumotomie et le drainage du poumon. L'auteur rapporte deux exemples de succès. H. R.

Ueber die Behandlung der Tuberculose... (Traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique), par LANDERER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 4, 204, 1893).

Landerer traite la tuberculose par les injections intra-veineuses de l'émulsion alcaline d'acide cinnamique à 5 0/0. Cet acide, extrait du baume du Pérou, provoque au bout de 2 heures une leucocytose (le nombre des globules blancs peut être six ou huit fois plus élevé qu'à l'état normal) qui disparaît en 24 heures. Il suscite autour des foyers tuberculeux des zones inflammatoires puis des néoformations conjonctives qui circonscrivent et même envahissent les tubercules. Il détruit les bacilles. Contrairement à la tuberculine, il est facile à doser, il ne provoque aucun accident, il ne détruit pas les globules rouges.

L'auteur n'injecte jamais plus d'un demi-centimètre cube de l'émulsion d'acide cinnamique par jour; d'habitude il se contente de $0^{ccm},2$ ou $0^{ccm},4$. Chez les sujets très affaiblis il conseille des doses moins fortes encore.

Après l'injection, on voit quelquefois survenir un court frisson. S'il y a quelque accident sérieux, c'est qu'on a injecté une dose trop forte ou qu'on a pas employé une solution alcaline. L'émulsion alcalinisée, si c'est nécessaire, à l'aide de la lessive de soude, ne contient pas de cristaux.

Les malades acquièrent rapidement, sous l'influence des doses faibles, le sommeil, l'appétit, l'euphorie.

Sur 50 sujets atteints de tuberculose viscérale, pris au hasard, l'auteur a obtenu 29 guérisons (58 0/0) et 10 améliorations. Un malade est resté stationnaire; 10 ont succombé.

Presque tous ces sujets avaient subi sans bénéfice le traitement par la créosote; dès que la cure par l'acide cinnamique a été instituée, ils ont commencé à s'améliorer. De même l'acide cinnamique s'est montré supérieur au gaïacol.

Dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, l'acide cinnamique peut se placer à côté de l'iodoforme. Il a été employé par l'auteur en injections sous-cutanées et localement. Les 107 cas de sa pratique seront publiés ultérieurement. L. GALLIARD.

The internal administration of ozone in the treatment of phthisis, par NORRIS (*New York med. journ.*, *p.* 511, 5 *novembre* 1893).

L'auteur prescrit une solution d'ozone dans l'eau à 2 1/2 0/0, l'ozone

étant rendu fixe par la présence d'hypophosphites; 12 onces par jour de cette solution pour les phtisiques.

Sur 15 observations publiées, il n'y a pas de guérison complète. Deux tuberculeux avancés ont succombé malgré le traitement. Cinq ont vu leur état s'aggraver. Un s'est amélioré légèrement. Dans sept cas l'amélioration a été considérable : augmentation du poids, diminution des crachats, cessation des sueurs nocturnes, atténuation, et même, dans deux cas, disparition des signes physiques. L. GALLIARD.

Zur Behandlung des Pleuritis... (Traitement de la pleurésie aiguë et de la tuberculose aiguë, par VOLLAND (*Therap. Monatshefte, n° 7, juillet* 1893).

La pleurésie est, comme la péritonite, une inflammation d'une séreuse. L'immobilité absolue est une règle nécessaire, reconnue de tous, dans la péritonite, il doit en être de même dans la pleurésie. Il faut donc immobiliser absolument le malade; ne pas même le toucher pour l'ausculter, ni pour l'alimenter, ni pour le faire aller à la garde-robe. L'évolution de la pleurésie serait ainsi très rapide.

Dans quelques cas de tuberculose aiguë, Volland a obtenu de bons résultats par le même procédé. PAUL TISSIER.

Treatment of pericarditis by the icebag, par D. B. LEES (*Brit. med. j., p.* 344, 18 *février* 1893).

Lees applique à la péricardite les vessies de glace qui lui ont si bien réussi dans la pneumonie. Il cite à l'appui sept observations très démonstratives :

1° Fille de 13 ans : rhumatisme compliqué de pleurésie et de péricardite. Application de la vessie de glace, et administration de la salycine toutes les deux heures. Amélioration au bout de 24 heures, beaucoup plus qu'avec les sangsues qui avaient été précédemment appliquées.

2° Pneumonie droite postgrippale, compliquée de pleurésie purulente; péricardite et pleurésie gauche séreuse secondaire; disparition de ces accidents par les applications de vessies de glace. Mort des suites de l'empyème.

Les quatre dernières observations concernent des enfants rhumatisants : tous se sont bien trouvés du traitement; leur histoire est rapportée en grand détail. H. R.

Thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin, par A. MATHIEU (*Paris*, 1893).

Dans un chapitre préliminaire de technique séméiologique, M. signale les principales méthodes d'examen du contenu de l'estomac, des matières fécales et des urines en vue du diagnostic spécial des états dyspeptiques. Il se borne à l'exposé de notions simples, élémentaires, indispensables pour un bon examen clinique. Si ces notions ne sont souvent pas applicables dans la pratique, elles restent toujours utiles, parce qu'elles seules donnent la certitude, en cas de dyspepsie gastrique, sur la variété chimique de cette dyspepsie.

Dans un second chapitre, on trouvera une étude générale du régime dans la dyspepsie gastro-intestinale. L'auteur établit d'abord la ration d'entretien; puis parle de la digestibilité des divers aliments, crus ou cuits, du lait, du régime lacté et des aliments dérivés du lait; enfin, des cures diverses, cure de raisin, cure de petit-lait, etc.

La partie suivante, la plus importante, est un manuel de thérapeutique générale, de thérapeutique séméiologique. La dyspepsie gastro-intestinale n'étant, en somme, qu'une série de complexus symptomatiques, son traitement trouve sa place en cet endroit. C'est pourquoi on verra juxtaposés la définition clinique et la médication des divers états dyspeptiques de l'estomac et de l'intestin : l'hyperchlorhydrie, la dyspepsie nervo-motrice atonique, la dilatation de l'estomac, etc. Les indications fournies par les grands complexus dyspeptiques sont, en réalité, indépendantes de l'existence d'états anatomiques sous-jacents, bien que les lésions, lorsqu'elles existent, puissent fournir, elles aussi, des indications particulières. D'après ces données, Mathieu expose, dans cette partie de l'ouvrage, des renseignements applicables au traitement des maladies de l'estomac et de l'intestin prises isolément; et plus particulièrement le traitement des formes cliniques de la dyspepsie spécifiées par la prédominance de tel ou tel élément symptomatique.

Dans la quatrième partie est exposée la thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin, avec un appendice où se trouvent les principales formules. R. FAURE-MILLER.

Direct electrization of the stomach, par EINHORN (*New York med. jour.*, *p.* 29, 8 *juillet* 1893).

La faradisation directe de l'estomac augmente la sécrétion gastrique et accélère le pouvoir d'absorption de l'organe.

Au point de vue thérapeutique, la faradisation de l'estomac paraît surtout indiquée dans les cas de dilatation de l'estomac et d'enteroptose; également dans les cas d'atonie du cardia et du pylore, et dans le catarrhe chronique.

La galvanisation serait un moyen souverain pour combattre les gastralgies les plus douloureuses et les plus opiniâtres, quelle que soit leur nature, qu'elles aient leur origine dans un état nerveux spécial ou dans la cicatrice d'un ulcère de l'estomac.

La galvanisation de l'estomac exerce aussi une influence favorable sur plusieurs affections cardiaques compliquées de gastralgie.

Ces conclusions sont tirées de l'examen de plus de quarante observations. MAUBRAC.

I. — Le traitement « gymnastique » de la dyspepsie, par LAGRANGE (*Revue théorique et pratique des maladies de la nutrition*, 15 *juin* 1893).

II. — Contribution à l'étude du traitement de certaines affections des voies digestives par le massage, par Robert FLAMM (*Thèse de Paris*, 1893).

I. — Dans cet article, Lagrange résume les indications de l'exercice dans le traitement des troubles digestifs. L'exercice peut satisfaire aux indications causales de la dyspepsie et à ses indications symptomatiques. L'indication causale réclame tantôt les effets généraux de l'exercice, tantôt ses effets locaux.

Il est indiqué de recourir aux effets généraux de l'exercice toutes les fois que la dyspepsie dépend de troubles généraux de la nutrition (troubles accidentels, dyspepsie des sédentaires, troubles constitutionnels liés à un processus diathésique, troubles relevant de la neurasthénie).

On doit recourir aux effets locaux de l'exercice toutes les fois que l'origine des accidents réside dans un trouble local, que la nature de cette cause soit mécanique (obstruction, encombrement de l'intestin par le séjour prolongé des résidus alimentaires, stases sanguines, obstacle quelconque au cours du sang dans le système veineux porte, ou physiologique (troubles de la sensibilité : gastralgie, entéralgie ; troubles de la motilité : atonie, paresse et dilatation des diverses portions du tube gastro-intestinal, faiblesse et insuffisance des muscles abdominaux ; troubles de la sécrétion : insuffisance des sécrétions intestinales et gastriques).

Dans le plus grand nombre des cas, l'indication de l'exercice est double et ses effets locaux sont à rechercher en même temps que ses effets généraux.

Lagrange étudie l'indication et les contre-indications des mouvements utiles ; il examine les exercices locaux passifs, les exercices actifs, etc., etc.

II. — Le massage serait un puissant moyen thérapeutique dans le traitement des affections de l'estomac et des intestins, son action se bornant presque exclusivement aux affections chroniques. Sauf les cas d'urgence extrêmement rares, les procédés lents sont les meilleurs. Pour être vraiment efficace, le massage doit s'appuyer sur une thérapeutique interne sans laquelle, souvent, il lui est difficile d'agir. R. FAURE-MILLER.

Emploi de l'acide borique dans la fièvre typhoïde, par TORTCHINSKY (*Bolnithnaia Gazeta Botkina*, n° 48, 1892).

L'auteur a employé l'acide borique dans 240 cas de fièvre typhoïde avec de bons résultats : il n'a eu que 9 décès. Il commence le traitement par un purgatif d'huile de ricin, puis donne l'acide borique à la dose de 0,50 à 0,75 trois fois par jour. Le résultat de cette médication est de faire tomber rapidement la fièvre, la diarrhée et la tympanite, d'enlever aux garde-robes leur odeur fétide et d'accroître la diurèse. H. R.

I. — De la valeur thérapeutique des bains froids dans les formes typhoïdes des maladies infectieuses, par H. FAURE-MILLER (*Thèse de Paris*, 1893).

II. — Traitement de la fièvre typhoïde, par E. BIHOREL (*Thèse de Paris*, 1893).

III. — Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants par l'antiseptie intestinale et le sulfate de quinine, par DUNOYER (*Thèse de Paris*, 1893).

I. — Faure-Miller termine sa thèse par les conclusions suivantes qui la résument parfaitement :

1° Dans les formes typhoïdes des maladies infectieuses (formes malignes des anciens auteurs) il faut prescrire les bains froids qui constituent la méthode de choix ;

2° Le principe de la méthode réfrigérante peut s'exprimer ainsi : donner un nouveau bain dès que les effets usités du bain précédent n'existent plus ;

3° La formule de Brand : bain à 18° ou 20° toutes les trois heures, lorsque la température rectale atteint 39°, et d'une durée d'un quart d'heure environ, répond à la majorité des cas. Mais il faut savoir la modifier selon les circonstances et faire toujours une balnéothérapie d'indications ;

4° La désintégration cellulaire, la rétention des produits toxiques, telles sont les conditions pathogéniques des états graves. Toute médication qui s'opposera aux désintégrations et favorisera la diurèse devra donc être choisie. Le bain froid à ce double titre, l'emporte sur toutes les autres méthodes de traitement : telle est la cause de sa supériorité;

5° Le bain froid n'est pas seulement un diurétique puissant, c'est de plus un antithermique, un tonique du cœur et des vaisseaux, et un névrosthénique de premier ordre;

6° C'est, bien plus que l'hyperthermie, l'état général, l'étude du cœur et du pouls, l'examen des urines, les symptômes nerveux qui dictent l'opportunité des bains froids;

7° La médication réfrigérante est une médication prophylactique : elle prévient les complications et empêche les dégénérescences ; il y a donc intérêt à prescrire les bains froids le plus tôt possible, dès qu'apparaissent les symptômes typhoïdes : l'efficacité du traitement est en raison directe de la précocité de l'intervention thérapeutique ;

8° La thérapeutique des bains froids est inoffensive : elle ne produit ni complications rénales, ni complications pulmonaires ; elle améliore au contraire rapidement ces accidents, quand ils existent;

9° Les contre-indications vraies, tirées de l'examen des faits et non point d'idées purement théoriques, sont excessivement rares. Seuls les accidents qui exigent le repos absolu du malade, tels que la perforation dans la dothiénenterie, sont des contre-indications formelles des bains froids. Même lorsque l'adynamie cardiaque est intense et que la myocardite se révèle, il ne faut renoncer aux bains que dans les étroites limites ainsi tracées;

10° Pendant toute la durée du traitement, le malade devra être alimenté : on lui donnera de 4 à 5 litres de boissons dans les vingt-quatre heures (lait, limonade, bouillon). Il sera le plus souvent utile d'associer la médication tonique à la médication réfrigérante;

11° On ne doit plus considérer aujourd'hui la méthode des bains froids comme une méthode empirique, c'est une métode scientifique dont la valeur ne saurait être contestée; elle s'appuie sur les données les plus récentes de la science ; elle répond à des indications cliniques précises; elle est légitimée par les résultats, que les statistiques montrent évidemment supérieurs à ceux données par les autres méthodes de traitement.

II. — Bihorel étudie comparativement les résultats donnés par les bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde et ceux obtenus par les autres médications.

L'auteur est amené aux mêmes conclusions que Faure-Miller.

III. — Lorsqu'il s'agit des enfants, la méthode des bains froids ne serait plus la meilleure, pour Dunoyer. La fièvre typhoïde, chez ces petits malades, cède généralement à tous les traitements. Il existe pourtant deux méthodes qui paraissent influencer d'une manière favorable la marche, l'évolution et la mortalité de la fièvre typhoïde infantile. La première méthode est celle de Bouchard ; elle consiste dans l'antisepsie intestinale et l'administration de bains progressivement refroidis jusqu'à 30°. La mortalité avec cette méthode est d'environ 4 0/0. La seconde méthode est celle de Grancher. Elle consiste à administrer aux

enfants des doses massives de sulfate de quinine chimiquement pur, de la manière suivante : premier et second septenaires, 2 grammes ; troisième septenaire, 1gr,50 ; quatrième septenaire, 0gr,50. On donne la dose convenuer, puis on laisse le malade se reposer trois jours, pour recommencer ensuite avec un nouveau repos. A l'aide de cette méthode, la mortalité a été réduite à 3 0/0. R. FAURE-MILLER.

I. — Le bain froid et les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde, par R. CHAMINADE (*Thèse de Paris*, 1893).

II. — Les hémorragies intestinales sont-elles une contre-indication des bains froids dans la fièvre typhoïde ? par V. LAPORTE (*Thèse de Paris*, 1893).

I. — Les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde sont, pour Chaminade, une des plus formelles indications d'intervenir énergiquement par la balnéation ; les contre-indications doivent se tirer des accidents immédiats que peut déterminer le bain, telles que collapsus, dypnée, cyanose. Cependant la réfrigération tout en étant systématique, ne doit pas être exclusive.

II. — L'usage prudent du bain froid n'est pas contre-indiqué dans le cas d'hémorragies intestinales, à moins que des hémorragies successives n'aient affaibli à un trop grand degré le malade ; mais on évitera les bains très froids qui peuvent exposer aux congestions viscérales. R. FAURE-MILLER.

De l'emploi en thérapeutique des solutions salines dites sérums artificiels, en particulier des injections sous-cutanées de sérum artificiel dans le traitement des diarrhées et de l'athrepsie infantiles, par MAROIS (*Thèse de Paris*, 1893).

Ces injections possèdent les avantages suivants :

1° Elles activent la circulation en augmentant la force de contraction du cœur et en relevant la tension artérielle ;

2° Elles donnent une énergie nouvelle à la respiration et à l'hématose ;

3° Des deux actions précédentes réunies, il résulte une irrigation sanguine plus complète des différents organes, une régularisation et une augmentation des échanges nutritifs, caractérisés par une production de chaleur plus forte et plus également répartie, et par une augmentation de l'urée ;

4° De ces effets physiologiques découlent un relèvement de l'état général et un accroissement des forces ;

5° De l'élévation de la tension artérielle résulte une augmentation de la diurèse ;

6° Dans les cas favorables, quand ces effets physiologiques ont été obtenus dans leur intégralité, l'appétit des enfants augmente ainsi que le poids corporel.

Pour obtenir ces effets physiologiques, Marois donne comme appropriées les doses suivantes :

1° Dans le choléra infantile foudroyant, tenter d'abord les injections sous-cutanées d'eau salée ou de sérum d'Hayem, mais si le liquide ne se résorbe pas, injecter dans le péritoine, d'un seul coup, 150 grammes

d'eau salée physiologique, chez les enfants de quelques jours à un ou deux mois; 200 à 250 grammes, chez un enfant d'un an; 300 à 350 grammes, chez un enfant de deux ans, etc.;

2° Dans le choléra infantile à marche moins rapide, faire des injections quotidiennes d'une dose totale (en une seule fois, ou mieux en deux fois, le matin et le soir) de 50 grammes chez les enfants de quelques jours à un ou deux mois; de 100 grammes chez ceux de trois ou quatre mois; de 150 grammes chez ceux de cinq ou six mois, c'est-à-dire proportionnellement au développement corporel. Quant les accidents les plus menaçants auront disparu, diminuer les doses; les cesser seulement quand l'enfant commence à réintégrer le poids perdu;

3° Dans les diarrhées vertes, les diarrhées chroniques et l'athrepsie, faire des injections quotidiennes d'une dose totale (en une seule fois, ou mieux en deux fois, le matin et le soir) de 30 à 40 grammes chez les nourrissons d'un à trois mois; de 30 à 60 grammes chez ceux de trois à dix mois, etc., c'est-à-dire proportionnellement au poids corporel; le meilleur critérium pour cesser les injections est l'augmentation graduelle du poids du corps. R. FAURE-MILLER.

Sur le traitement de la malaria et de la diphtérie par le bleu de méthylène par A. N. KAZEM-BEK (*Vratch*, *n*os 23-27, 1893).

Dans 30 cas de malaria avec intolérance pour la quinine, l'auteur a obtenu de bons résultats de l'emploi du bleu de méthylène à l'intérieur. Des phénomènes tels que la nausée, les vomissements, la pollakiurie ne sauraient contre-indiquer l'emploi de ce remède, car ils ne sont pas très prononcés. Il ne faut cependant pas donner de fortes doses (par ex. 0 gr. 30, 2-3 fois par jour), il faut en outre associer ce remède à la poudre de noix de muscade, sous peine de voir apparaître de l'hématurie. La dose de 0 gr. 50 par jour pour les adultes et de 0 gr. 25 à 0 gr. 40 pour des enfants de 4 à 8 ans suffisent pour obtenir une action sur l'accès de malaria. Le bleu de méthylène ne prévient pas les nouveaux accès, mais il les rend moins intenses, de même que les autres remèdes contre le paludisme.

Dans 14 cas de diphtérie, l'auteur a obtenu de notables améliorations grâce au badigeonnage avec le bleu de méthylène au 10e (avec de l'eau). Cette substance est préférable à l'acide chromique, à l'eau phéniquée, au chlorure de zinc, au sublimé, parce qu'elle n'est pas irritante pour les tissus sains. En imprégnant les fausses membranes, elle empêche probablement la secrétion des substances toxiques et s'oppose à la végétation des bacilles eux-mêmes. H. FRENKEL.

Sur l'emploi du bleu de méthylène dans la malaria infantile, par Clemente FERREIRA (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 *juin* 1893).

Ferreira donne vingt-et-une observations de malaria infantile traitée par le bleu de méthylène. Il en déduit que le bleu de méthylène mérite d'être plus largement employé qu'on ne le fait actuellement dans l'impaludisme des enfants. Il s'agit là d'un agent thérapeutique dont l'efficacité est démontrée chaque jour par des faits probants et instructifs. Dans les pays à malaria, on doit compter sur lui pour combattre l'infection assez

souvent rebelle aux ressources utilisées jusqu'à ce jour. R. FAURE-MILLER.

Nouveaux traitements de la fièvre paludéenne dans l'enfance, par MONCORVO (*Nouveaux remèdes*, 8 *janvier* 1893).

Moncorvo a utilisé l'helianthus annuus dans le traitement de la fièvre paludéenne chez les enfants. Il a tantôt employé la teinture alcoolique de fleurs et de feuilles, tantôt l'extrait alcoolique. Soixante et un enfants ont été soumis à ce traitement. Dans tous ces cas, le médicament a toujours agi tout seul, de sorte que la disparition de la fièvre n'a pu être attribuée à aucun autre agent synergique associé. La teinture alcoolique a été employée à la dose journalière de 1 jusqu'à 10 grammes dans une potion administrée en quatre ou cinq fois toutes les deux heures. L'extrait alcoolique, préférable à la teinture, a été donné à la dose de 1 à 6 grammes aussi en potion. Le remède a été presque sans exception très bien toléré par les enfants même les plus jeunes. Dans la majorité des cas, la guérison a été aussi prompte qu'avec la quinine.

Moncorvo a également employé le bleu de méthylène chez trente-six enfants de 23 jours à 14 ans. Il y a eu dix cas de guérison et trois d'amélioration; quatorze cas ont donné des résultats douteux.

R. FAURE-MILLER.

I. — Die Behandlung der Malaria mit Methylenblau, par P. GUTTMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 3, *p.* 74, 16 *janvier* 1893).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem*, *n°* 8, *p.* 192, *et n°* 9, *p.* 214, 20 *et* 27 *février*).

I. — Guttmann a traité avec succès par le bleu de méthylène (*R. S. M.* XL, 116) trois nouveaux cas de fièvre paludéenne. Dès le cinquième ou le sixième jour de la médication, les plasmodies ont complètement disparu. Pour se mettre à l'abri des récidives, il faut continuer le traitement quatre semaines : durant la première semaine, on administrera, de trois en trois heures, cinq doses quotidiennes de 10 centigrammes et, durant les trois suivantes, trois doses quotidiennes de 10 centigrammes. Pour Guttmann, l'efficacité du bleu de méthylène contre les accès paludéens ne le cède en rien à celle de la quinine.

II. — Kleist signale l'importance, pour les expéditions tropicales, d'avoir un bon succédané du sulfate de quinine. Bon nombre d'explorateurs de l'Afrique ont succombé à des accès pernicieux, parce qu'ils éprouvaient une répugnance insurmontable à ingérer de la quinine.

Guttmann rappelle que l'efficacité du bleu de méthylène contre la fièvre intermittente a été reconnue par Lorenzo (*Gazzetta degli Ospitali*, 1892), Boinet et Trintinian (*R. S. M.*, XLI, 533), Thayer et Bourdillon (*Revue de médec.*, 1892), Parenski et Blatteis (*Therap. Monatshefte*, janvier 1893).

P. Strassmann et Walter ont expérimenté, à la clinique de Loehlein, l'action du bleu de méthylène sur le travail d'accouchement chez une dizaine de femmes. Une seule fois, il a paru stimuler directement l'énergie des contractions utérines. Dans tous les autres cas, il a provoqué des vomissements répétés qui ont eu indirectement le même effet. La coloration bleue du médicament se retrouve non seulement dans les urines et les vomissements de la mère, mais aussi dans l'enduit caséeux, le

liquide amniotique et l'urine, de l'enfant une heure après l'administration à la femme. P. B.

Haben bei den Infectionskrankheiten... (Les antipyrétiques ont-ils de la valeur dans les maladies infectieuses ?), par TROSS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 14, *p.* 325, 1893).

Tross n'a jamais employé de médicament réputé antipyrétique pour combattre la fièvre dans les maladies infectieuses (pneumonie, scarlatine, fièvre typhoïde, érysipèle, fièvre puerpérale, etc.). Le médecin doit, en effet, s'appliquer à détruire la cause des maladies et non à combattre les résultats secondaires de l'infection. Ainsi le principe de la malaria peut être atteint par la quinine, celui du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de soude.

La fièvre devrait être respectée si l'on tenait compte seulement de ce fait, qu'elle s'oppose à la pullulation des bactéries; mais l'hyperthermie paralyse le cœur.

L'auteur admet dans les maladies infectieuses deux variétés de toxines :

1° La toxine fébrigène peut être anéantie par le cognac qui constitue un combustible précieux pour l'organisme; grâce au cognac, nous pouvons économiser nos matériaux d'oxydation;

2° La toxine qui paralyse le cœur doit être combattue d'abord à l'aide du camphre; puis viennent la digitale, la caféine, la décoction de quinquina, etc. Ces médicaments doivent être administrés dès le début.

Les médicaments antipyrétiques sont susceptibles de paralyser le cœur, et le danger est d'autant plus grand que les toxines circulant avec le sang existent en plus grande abondance. Il faut donc exclure ces médicaments comme inutiles et même nuisibles. L. GALLIARD.

Observations cliniques sur l'emploi thérapeutique de la cétrarine, par F. LUIGI (*Archives italiennes de biologie*, *XIX*, *p.* 317, 1893, *et Annali di Chimica*, *XVII*, 1893).

La cétrarine a été employée dans la chloro-anémie et les troubles gastriques de l'hystérie. Il y a amélioration pour le nombre des globules et la matière colorante, qui ne dépasse pas un certain point et qui peut être continuée par l'usage du fer. L'amélioration générale est encore plus notable. L'acidité du contenu stomacal augmente. La cétrarine est bien tolérée : elle produit le plus souvent de la constipation. DASTRE

Les traitements de la chlorose, par E. MORY (*Thèse de Paris*, 1893).

Dans sa thèse, Mory étudie les divers traitements employés contre la chlorose, fer, manganèse, soufre, cuivre, arsenic, etc. La conclusion de ce travail est que le fer reste indispensable pour déterminer la guérison de la chlorose, et que, parmi toutes les préparations ferrugineuses préconisées dans ce but, c'est aux protosels qu'on doit donner la préférence.

La direction générale du traitement doit varier suivant qu'il existe ou non des phénomènes dyspeptiques; aussi est-il légitime de distinguer les chloroses simples et les chloroses dyspeptiques. Dans les premières, on peut instituer le traitement ferrugineux d'emblée ; dans les secondes, il est nécessaires de traiter au préalable les troubles dyspeptiques.

A côté de la médication spéciale par le fer et de la médication s'adressant aux troubles digestifs, il est un certain nombre de traitements adjuvants comme l'aérothérapie et l'hydrothérapie qui peuvent rendre les plus grands services, mais qui, à eux seuls, ne suffisent pas à guérir la chlorose. R. FAURE-MILLER.

I. — The treatment of diabetes mellitus by means of pancreatic juice, par Hector MACKENZIE (*Brit. med. j., p.* 63, 14 *janvier* 1893).

II. — The treatement of diabetes by pancreatic extracts, par Neville WOOD (*Ibidem, p.* 64).

I. — L'auteur a traité deux diabétiques par le suc pancréatique donné à la dose de 15 grammes, trois fois par jour, immédiatement après les repas. Il semble y avoir eu une amélioration réelle : les deux malades perdirent le sentiment de lassitude et de langueur qu'ils éprouvaient avant le traitement; la soif diminua ainsi que la polyurie; quant à la proportion de sucre, elle resta stationnaire.

II. — Deux essais de traitement du diabète par les extraits de pancréas. Le premier malade était un enfant de 13 ans, traité préalablement par la codéine et la morphine, et chez lequel on essaya l'extrait pancréatique. Il y eut une espèce d'amélioration au point de vue de l'état général et de la soif; pas de diminution de la glycosurie.

Dans le second cas, la diurèse ne fut pas modifiée, et la proportion du sucre plutôt accrue. Pourtant le malade se sentit plus fort, probablement parce qu'il assimilait mieux la nourriture, et il augmenta de poids. H. R.

Sur le vomissement provoqué et sur l'action antiémétique du menthol, par R. BLONDEL (*Les nouveaux remèdes,* 8 *septembre* 1892).

Blondel a utilisé l'action antiémétique du menthol en l'adjoignant à des préparations d'ipéca, et celles-ci ont pu être ingérées sans la production de vomissements. C'est là une propriété précieuse à utiliser dans le traitement de la dysenterie et de la pneumonie franche par l'ipéca. Voici la formule qu'il recommande : Teinture d'ipéca, 12 grammes; menthol, 25 centigrammes ; saccharine, 10 centigrammes; alcool à 80 degrés, 40 grammes; sirop, 120 grammes. Une cuillerée à café toutes les deux heures. R. FAURE-MILLER.

Emploi du pétrole dans la diphtérie, par FLAHAUT (*Normandie médicale, n°* 3, 1893).

Flahaut a eu l'occasion de soigner 70 cas de diphtérie à Neuville-Champ-d'Oissel, en 1891-92. Il divise les cas en deux catégories : 1° 30 cas (du 15 avril 1891 au 5 mai 1892) traités par les méthodes usuelles, 9 morts, 21 guérisons ; 2° 40 cas (du 5 mai 1892 au 15 juin 1892) traités par des applications de pétrole : aucune mort. Toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant la gravité du cas, les fausses membranes sont badigeonnées avec le pétrole qui les dissout et les détache facilement, et qui n'est pas douloureux comme l'acide phénique. H. R.

Osservazioni sopra nn caso di actinomicosi dell' uomo guarito col icdura di potassio, par F. BUZZI et B. GALLI-VALERIO (*La Riforma medica, p.* 351, 6 *mai* 1893).

Homme de 24 ans, ayant depuis 4 mois une tuméfaction qui avait débuté sur la gencive au niveau de la dernière molaire supérieure droite, et s'était étendue à la région parotidienne et massétérine, à la paupière, à la région mastoïdienne et au cou jusqu'au niveau de la clavicule ; cette tuméfaction présentait de la fluctuation dans divers points; plusieurs incisions firent sortir du pus mélangé de sang, dans lequel on trouva des corpuscules formés par l'actinomycose. Le malade fut soumis au traitement par l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour ; on constata bientôt une amélioration et au bout de deux mois le malade était presque complètement guéri; au bout de trois mois, on ne voyait plus d'autres traces de la maladie qu'une adhérence correspondant à la cicatrice d'une des incisions.

GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude du traitement de la colique saturnine par l'huile d'olives à haute dose, par COMBEMALE (*Bull. méd. du Nord, n°* 13, *p.* 281, 1893).

A la dose de 200 grammes pris en une fois, l'huile d'olives a dans la colique saturnine, une action désobstruante et sédative que ne procurent pas les autres moyens thérapeutiques (il faut pour la faire tolérer insensibiliser en partie l'estomac par la cocaïne, le menthol, etc.). A la dose de 50 grammes environ par jour, l'huile d'olives a, dans un cas de saturnisme chronique confirmé, donné d'excellents résultats pour faire cesser les phénomènes nerveux. Il semble que l'ingestion quotidienne d'une faible quantité d'huile d'olives pourrait être un moyen prophylactique capable de prévenir la colique saturnine. LEFLAIVE.

De l'emploi thérapeutique de la digitoxine, par MASIUS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, n°* 4, *p.* 359, 1893).

La digitoxine, principe le plus actif de la digitale, est facile à obtenir et de composition constante ; elle est insoluble dans l'eau et très irritante.

On l'administre aisément sous cette forme : un milligramme et demi de digitoxine Merck est dissous dans 40 centigrammes de chloroforme, 10 grammes d'alcool à 50° et 200 grammes d'eau ; il est pris dans la journée en trois fois de trois en trois heures. Cette dose peut être continuée 2 ou 3 jours avec avantage et sans qu'il survienne de signes d'intoxication.

L'effet est rapide : le pouls devient plus fort et plus lent ; la cyanose et la dyspnée asystolique disparaissent ; la diurèse est prononcée. L'action obtenue persiste quelque temps. LEFLAIVE.

Die Behandlung der Diarrhoe bei Ruhr... (Le traitement de la diarrhée de la dysenterie, de la fièvre typhoïde et du choléra), par AUFRECHT (*Therap. Monatsh., p.* 331, *juillet* 1893).

Dans la *dysenterie* au stade aigu, il faut éviter l'huile de ricin ; c'est l'alimentation sévère et la morphine (15 à 20 milligrammes, deux ou trois fois par jour) qu'il faut prescrire; à la période ulcéreuse, on a recours

aux lavages de l'intestin avec les solutions de perchlorure de fer 1 0/00 ou de nitrate d'argent 1 0/000.

Dans la *fièvre typhoïde*, on donnera l'opium à la dose de 3 centigrammes renouvelés deux ou trois fois par jour, lorsqu'il n'y a pas plus de six selles; sinon il faut recourir à la morphine en injections (1 centigramme) répétées au besoin.

C'est encore la morphine, en ingestion stomacale (10 à 15 milligrammes) ou injectée sous la peau (même dose) trois ou quatre fois par jour, qui donne les meilleurs résultats dans la diarrhée du *choléra*.

PAUL TISSIER.

Contribution à l'étude du traitement du tétanos traumatique particulièrement par la méthode de Tizzoni, par G. GALMARD (*Thèse de Paris*, 1892).

L'antitoxine est un produit extrait mécaniquement du sérum d'animaux immunisés par précipitation à l'aide d'alcool absolu. Ce précipité, desséché dans le vide, puis repris par l'eau, conserve tout son pouvoir antitoxique; Tizzoni et Cattani lui ont donné le nom d'antitoxine. Tizzoni emploie cet extrait sec en le dissolvant dans un vase stérilisé et dans une petite quantité d'eau également stérilisée, de façon à obtenir une solution de consistance gommeuse; d'autres auteurs ont simplement injecté le sérum du sang d'animaux immunisés.

Galmard rapporte onze cas de tétanos traumatique ainsi traités. Tous ont guéri. Mais l'auteur fait suivre ces observations des remarques suivantes. Dans ces cas, l'incubation a été lente, la marche des accidents progressive, ainsi que celle des contractures qui ont été le plus souvent peu violentes; la température n'a pas été très élevée; tous points qui peuvent faire penser à des cas subaigus plutôt qu'aigus de tétanos.

Ensuite, dans aucun cas l'antitoxine n'a été employée seule; toujours elle s'est trouvée associée soit à une opération chirurgicale, soit à un traitement médical.

Ce doute sur la gravité des cas de tétanos soignés par l'antitoxine joint à la connaissance de quelques cas malheureux postérieurs à ceux signalés par l'auteur, engage ce dernier à n'accepter qu'avec réserve les affirmations favorables des médecins italiens. R. FAURE-MILLER.

Ein mit Tetanusheilserum behandelter Fall (Tétanos traité par le sérum sanguin), par ROTTER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 7, *p.* 152, 1893).

Palefrenier de 25 ans, blessé à la main le 6 juillet 1892 et lavé avec une solution phéniquée au bout de 15 minutes. Le 14 juillet, raideur des doigts du côté de la blessure. Le 21, trismus, dysphagie. Le 22, contracture des muscles du dos, dyspnée. Le 27, la raideur a augmenté; opisthotonos permettant de passer la main entre le tronc et la tête. Le bras droit est indemne. Peu de choses aux membres inférieurs. Le 28, aggravation de tous les symptômes.

Injection sous la peau du dos de 66 grammes de sérum sanguin de cheval immunisé, fourni par Behring, et dont la valeur d'immunisation est représentée par 1/1.000.000.

Le 29, seconde injection (de 50 grammes).

Le 30, amélioration de l'état général, euphorie, suppression des convulsions; mais la raideur des muscles persiste. Injection de 45 grammes.

Le 31, injection de 50 grammes.

Cinquième et dernière injection le 1er août.

Dès lors la contracture disparaît progressivement, et le 9 août le malade quitte le lit. La raideur de la main gauche persiste jusqu'au 22 août. A ce moment la guérison est complète. L. GALLIARD.

I. — Traitement du tétanos par les injections de sérum antitoxique, par E. RICKLIN (*Revue intern. de thérap. et de pharm.*, 26 *août* 1893).

II. — Des injections de sérum antitoxique dans le traitement du tétanos, par A. CAILLERET (*Thèse de Paris*, 1893).

I. — Ricklin étudie les observations de cas de tétanos traités par l'antitoxine. Il en présente trois tableaux : observations allemandes (Baginsky-Kitasato, Buschke-Oergel, Rotter, Moritz), observations françaises (Rénon, Rénon, Berger, Grancher, Grancher, Polaillon, Th. Anger, Letulle, Morax, Guinard, Schwartz, Barth), observations italiennes (Gagliardi, Schwarz, Pacini, Finotti, Tizzoni, Tarufi, Casali, Finotti, Albertoni).

Ces tableaux donnent l'âge du malade, la durée de l'incubation, la date à laquelle a été commencé le traitement, la quantité de sérum injectée, le pouvoir antitoxique, la terminaison, la durée de la maladie.

L'auteur fait remarquer qu'il suffit de parcourir les trois tableaux pour se convaincre que les cas de guérison se rattachaient tous à la forme chronique du tétanos, à la forme bénigne. Tous les cas qui se sont terminés par la mort ont évolué en moins de neuf jours; pour la plupart même la durée de la maladie n'a pas excédé quatre ou cinq jours. La plupart de ces cas ont présenté une durée d'incubation relativement courte.

Comme conclusion, l'efficacité des sérums antitoxiques de Behring, de Roux et Vaillart, de l'antitoxine de Tizzoni dans le traitement du tétanos chez l'homme, est encore à démontrer.

II. — L'auteur fait remarquer que les injections de sérum antitoxique sont parfaitement inoffensives. Les conclusions de cette thèse s'accordent avec l'article de Ricklin. R. FAURE-MILLER.

Zur Behandlung der Localtuberculose mit Teucrin, par MOSETIG-MOORHOF (*Wiener med. Presse*, 13 *août* 1893)

Les ganglions tuberculeux, ceux du cou tout spécialement, opposent toujours une résistance assez opiniâtre à l'action de la teucrine; ils lassent la patience du malade et du médecin, exigent des injections fréquemment répétées mais finalement, presque dans tous les cas, finissent par se flétrir.

Deux cas de tuberculose ganglionnaire de l'aine et de la région rétropéritonéale ont été traités avec plein succès : après trois ou quatre injections de teucrine les tumeurs que l'on percevait grosses comme le poing, noueuses, dures, se fondirent; les abcès furent alors largement débridés et se cicatrisèrent ensuite rapidement. Des fongosités récidivantes dans des cicatrices d'amputations, de résections articulaires, des tumeurs actinomycosiques ont été guéries.

Mosetig-Moorhof ne prétend pas voir dans la teucrine un produit miraculeux mais il constate que dans bien des cas ce produit a donné des guérisons là où tous les autres traitements avaient été suivis d'insuccès.

CART.

Traitement des abcès froids par les injections sous-cutanées de teucrine. par QUÉNU (*Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, 11 *mai* 1893).

Cette méthode a été introduite récemment en thérapeutique par Von Mosetig-Moorhof, de Vienne. Elle consiste en injections sous-cutanées d'un extrait aqueux de germandrée aquatique, la teucrine. Von Mosetig-Moorhof avait annoncé que ces injections, pratiquées au voisinage d'un foyer de tuberculose, développent à la fois une réaction générale et une réaction locale.

La réaction générale se traduisait par une élévation de la température corporelle à caractères particuliers. Cette élévation de température, annoncée par un frisson, serait assez rapide. La température interne s'élève jusqu'à 39°,5 et 40 degrés. Le pouls subit une accélération proportionnelle à l'élévation de la température interne. Cette poussée fébrile, que Von Mosetig a comparée à la fièvre aseptique de Volkmann, a une durée de huit à dix heures. Pendant ce temps, l'état général du sujet reste relativement satisfaisant.

La réaction locale se manifeste sous forme d'un état congestif très intense, au niveau du foyer morbide. Cet état congestif apparaît dès le premier jour qui suit l'injection; il s'accentue le second jour. Il présente une intensité variable suivant les individus. De plus, sous l'influence de cette poussée congestive intercurrente, les foyers tuberculeux en voie de caséification s'éliminent, et quand ils sont récents, ils peuvent subir la résorption complète.

Quénu a repris cette méthode dans son service de l'hôpital Cochin. Les premiers résultats qu'elle a donnés ne concordent qu'en partie avec ceux de Von Mosetig. En effet, la réaction générale, qui, dans les expériences de Von Mosetig, n'a manqué que deux fois sur un total de près de trois cents expériences, a fait défaut, ou à peu près, dans les trois expériences faites par Quénu. La réaction locale s'est manifestée d'une façon plus ou moins intense à chaque injection de teucrine dont la quantité a varié de 1 à 3 grammes. R. FAURE-MILLER.

I. — Ueber kalte und warme Umschlaege (Effets respectifs des épithèmes chauds et des épithèmes froids), par P. SILEX (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 13, *p.* 300, 27 *mars* 1893).

II. — Même sujet, par SENATOR (*Ibidem*, *n°* 6, *p.* 146, 6 *février*).

I. — Silex a recherché les modifications de la température locale, à la suite d'applications tantôt froides, tantôt chaudes, en comparant la température de la région siège du topique avec celles des cavités buccale ou rectale. Ses expériences pratiquées à l'aide d'une pile thermo-électrique ont porté sur l'homme (cul-de-sac conjonctival), sur le chien et le lapin (cavité crânienne, paroi abdominale).

D'une façon générale, les épithèmes froids élèvent la température du cul-de-sac conjonctival, tandis que les chauds produisent l'effet inverse. Mais il est des exceptions. Si, dans un œil sain, on instille de la cocaïne avant d'appliquer un topique froid, l'abaissement thermométrique, dû aux effets vaso-constricteurs de la cocaïne, s'accuse encore davantage.

Chez les animaux, les applications froides ont donné les mêmes résultats que chez l'homme, tandis que les expériences avec les épithèmes chauds ont fourni des résultats un peu contradictoires.

Somme toute, les expériences de Silex concordent avec la loi de physiologie, vérifiée non plus sur des régions localisées mais sur la totalité de la surface du corps, à savoir qu'une élévation de température détermine une dilatation des vaisseaux cutanés suivie d'une augmentation de la déperdition de calorique et le froid un rétrécissement de ces vaisseaux suivi d'une diminution de la perte de calorique.

Si de ces expériences, on prétend tirer des règles de pratique, on recourra aux applications froides sur les téguments quand il conviendra de décongestionner la peau pour congestionner un organe malade peu profond, et aux applications chaudes, quand il conviendra de dériver le courant sanguin vers les téguments, afin de faire cesser la turgescence et la congestion de l'organe malade. Les deux modifications en sens contraire qu'on fait ainsi subir aux organes peuvent, selon les cas, avoir l'une et l'autre des effets calmants.

De même, en oculistique, on ne craindra pas d'appliquer des compresses glacées (bien tordues) sur une conjonctivite blennorragique avec ulcère de la cornée.

II. — Senator rappelle que Silex a eu des prédécesseurs dans sa voie expérimentale, entr'autres W. Winternitz parmi les hydropathes et Mlle Virginie Schlikoff. Il ressort de toutes ces expériences que, quelle que soit la température du topique, à une certaine profondeur, ce n'est pas l'action directe de cette température qui se fait sentir, mais bien un effet réflexe. Toutefois, à moins de faire intervenir l'évaporation, Senator ne comprend pas que les épithèmes chauds puissent abaisser la température du cul-de-sac conjonctival, lorsque leur température dépasse celle du lieu d'application. Il rappelle encore qu'il y a plus de 20 ans, Heinrich Jacobson a prouvé par des mensurations thermo-électriques, que toujours la température des foyers inflammatoires reste inférieure à celle du sang cardiaque. J. B.

HYGIÈNE

Du calcul respectif de la mortalité dans les grandes et petites villes, par CHEYSSON (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XV*, 51, *janvier* 1893).

La population des grandes villes a une composition anormale. Elle comprend trop d'adultes et pas assez d'enfants et de vieillards. Ainsi, à Paris on compte sur 100 habitants, 20 enfants au-dessous de 15 ans, 72 adultes de 15 à 60 ans et 8 vieillards, tandis que pour la France entière les chiffres respectifs sont 26, 61 et 12.

Dans les grandes villes, les enfants sont envoyés en nourrice à la campagne et les vieillards se retirent également volontiers en province;

ce sont les deux couches de la population qui fournissent le plus fort contingent de la mortalité ; au contraire, les adultes bien moins sujets à mourir y affluent. Dans de telles conditions, le taux de la mortalité urbaine rapporté à la population toute entière n'est qu'un trompe-l'œil statistique, si on le compare à celui des localités dont la population est normalement composée.

Pour éliminer cette cause d'erreur, il faut calculer la mortalité proportionnelle, non pour la population globale, mais pour chacune des couches de même âge. J. B.

Morbiditaet und Mortalitaet der Bergarbeiter, insbesondere im rheinischen Gebiet, par KŒRFER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentliches Sanitaetswesen, 3e série, V*, 153, *janvier* 1893).

Kœrfer étudie la morbidité et la mortalité d'une population de trente à quarante mille mineurs de la Prusse Rhénane, (circonscription minière de Bonn) dans la période de 15 ans comprise entre 1874 et 1888. Voici les principaux résultats de cette étude.

D'une façon générale, les conditions de morbidité sont le plus favorables, en première ligne, dans les mines de houilles, puis dans les mines métalliques, en dernier lieu dans celles de lignité.

D'autre part, les conditions de mortalité sont précisément le moins favorables dans les mines de houille ; cette contradiction apparente tient à la plus grande fréquence des accidents mortels dans ces mines.

Dans la Prusse Rhénane, la morbidité des mineurs est supérieure à celle de toutes les autres circonscriptions minières de Prusse. Il en est de même de la mortalité, bien que les cas de mort par accidents y soient plus rares que dans le reste des mines prussiennes.

La mortalité des mineurs prussiens âgés de 16 à 55 ans est moindre que celle de la population civile correspondante.

Donc la profession de mineur doit être comptée parmi les métiers salubres.

Berliner Mortalitaetsstatistik von acht Krankheiten, par von FOLLER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentliches Sanitaetsw.*, 3e *série*, *V*, 97, *janvier* 1893).

Statistique berlinoise embrassant la période décennale de 1880 à 1889.

Les 8 maladies envisagées se rangent ainsi par ordre de mortalité décroissante, eu égard à l'ensemble de la population : 1° choléra infantile; 2° diphtérie ; 3° scarlatine ; 4° coqueluche ; 5° rougeole ; 6° fièvre typhoïde; 7° fièvre puerpérale ; 8° dysenterie.

Le choléra infantile a fait le plus de victimes en 1880 (539 par 100,000 habitants) et le moins en 1888 (272,9) ; sa mortalité maxima annuelle se trouve en juillet.

La diphtérie a fait le plus de victimes en 1883 (242,3 par 100,000 habitants) et le moins en 1888 (76,5) ; sa mortalité maxima annuelle se trouve en janvier, et d'octobre à décembre.

La scarlatine a fait plus de victimes en 1881 (79,2 par 100,000 habitants) et le moins en 1888 (13,9) ; sa mortalité maxima annuelle se trouve en octobre et novembre.

La coqueluche a fait le plus de victimes en 1884 (43,4 par 100,000 habi-

tants et le moins en 1882 (24,7) ; La mortalité maxima annuelle se trouve en janvier, mars, mai, juillet et décembre.

La rougeole a fait plus de victimes (comme la diphtérie) en 1883 (97 par 100,000 habitants) et le moins en 1882 (12,1) ; la mortalité maxima annuelle se trouve en janvier, mai, juin, juillet et décembre.

La fièvre typhoïde a fait le plus de victimes en 1880 (45,6 par 100,000 habitants) et le moins en 1886 (13,3) ; la mortalité maxima annuelle se produit d'août à octobre. Von Foller nie que les progrès du tout à l'égout aient exercé une influence sur la diminution de la mortalité de cette maladie.

La fièvre puerpérale a fait le plus de victimes en 1880 (15,5 par 100,000 habitants de tout sexe et de tout âge) et le moins en 1889 (8,3) ; sa mortalité maxima annuelle se trouve de janvier à mars, puis de septembre à novembre.

La dysenterie a fait le plus de victimes en 1884 (12,3 par 100,000 habitants) et le moins en 1889 (1,4) ; sa mortalité maxima annuelle se produit de juillet à septembre. J. B.

Sterblichkeit an tub. krankheiten (La mortalité par la tuberculose), par HOLSTI (*Zeitsch. f. klin. Medicin.*, *XXII*, *p.* 317-331).

Les statistiques de Holsti montrent que la mortalité par la tuberculose atteint son maximum dans les deux premières années, diminue ensuite pour atteindre son maximum de 5 à 15 ans, augmente de nouveau et atteint chez l'adulte son maximum entre 31 et 40 ans. La diminution est ensuite graduelle chez la femme. Chez l'homme, c'est seulement à partir de 60 ans que la diminution commence. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes, sauf pour l'âge compris entre 5 et 20 ans. Au point de vue des professions, H. montre surtout l'influence néfaste des professions sédentaires et confinées. Dans ces professions, la mortalité tuberculeuse atteint 58 0/0 de la mortalité générale des classes ouvrières; elle n'atteint que 35 0/0 dans les professions s'exerçant à l'air libre.

A.-F. PLICQUE.

I. — L'hospitalisation des phtisiques parisiens, par Maurice LETULLE (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XV*, 110, *février* 1893).

II. — Discussion de la Société de médecine publique (*Ibidem*, 51, *janvier* 1893).

Les tuberculeux, qui fournissent à Paris plus du cinquième des décès et qui comptent au nombre d'un millier parmi la population des hôpitaux, absorbent le cinquième au moins (Letulle a fait ses calculs dans les 3 hôpitaux de Saint-Antoine, la Charité et Beaujon) des journées et de l'argent qui devraient être attribués aux malades atteints d'affections aiguës.

Or on sait combien les admissions de cette catégorie de malades restent au-dessous des besoins.

Letulle en conclut que les phtisiques étant des malades d'hospices qu'il serait impossible, financièrement parlant, d'entretenir à Paris et d'ailleurs peu désirable, soit pour eux-mêmes, soit pour le reste de la population hospitalière, il faut les diriger par des étapes successives dans

différents sanatoria de l'ouest et du midi, dont la création devient urgente. J. B.

Le recrutement dans la Suisse italienne, par L. FROELICH (*Revue médic. Suisse romande, XIII*, 194, 248 *et* 293, *mars, avril et mai* 1893).

Intéressante étude de topographie médicale et d'anthropologie, faite sur lieux, à l'occasion des tournées du conseil de révision.

La Suisse italienne, qui renferme les 5 0/0 de la population helvétique, comprend, outre le canton du Tessin, la partie méridionale de celui des Grisons.

La taille des conscrits est à peu de chose près celle admise pour le reste de la Suisse ; elle est toutefois inférieure à celle des cantons de langue française, de Genève en particulier, qui avec Bâle-Ville tient la tête (1^{m}, 66 à 19 ans). Les valeurs du périmètre thoracique et du pourtour du bras droit, par rapport à la taille, sont telles qu'on peut conclure à un développement en général satisfaisant. La proportion des hommes vigoureux, vis-à-vis du nombre des malingres, des faibles et des infirmes, serait cependant sensiblement plus élevée sans l'émigration incessante.

L'examen de la vision donne des résultats plus favorables que dans les cantons où la myopie scolaire et le surmenage des yeux (horlogers) se font beaucoup plus sentir.

Les cas de réforme pour maladies, rapportés au nombre total des réformes, comprennent : goître, 16 0/0 ; débilité physique et intellectuelle, 15 0/0 ; affections oculaires, 14 0/0 ; difformités ou mutilations des membres, 10 0/0 ; hernies, 6,5 0/0 ; insuffisance de taille liée au rachitisme ou au crétinisme, 4 0/0 ; tuberculose pulmonaire, 3 0/0 ; épilepsie, 2,5 0/0 ; pieds plats, 2 0/0 ; obésité, 2 0/0 ; autres causes (surdi-mutité, aliénation, dermatoses, varicocèle, etc.) 25 0/0. J. B.

The bacteriology of vaccine lymph..., par S. Mouckton COPEMAN (*Brit. med. j.*, *p.* 1256, 17 *juin* 1893).

Copeman rappelle que la lymphe vaccinale fraîche renferme toujours un grand nombre de microorganismes, dont quelques-uns peuvent être pathogènes. Il a fait des recherches sur le rôle qu'exerce sur ces microbes surajoutés, la glycérine à laquelle on mélange la lymphe pour la conserver fluide. Or, il résulte de ces travaux, que la glycérine détruit assez rapidement les microbes adventices, tout en maintenant l'activité physiologique de la lymphe vaccinale. Ce résultat est tout à fait la confirmation des faits avancés par Chambon et Ménard, et des expériences de Straus. Ce dernier auteur a vu la lymphe fraîche donner lieu à des pullulations de staphylocoque blanc et doré, tandis que la solution glycérinée, vieille de deux mois, était complètement privée de microorganismes. H. R.

Épidémie d'origine charbonneuse, par MURISIER (*Revue médic. Suisse romande XIII*, 147, *février* 1893).

En septembre 1891, 200 personnes environ tombèrent malades, à la Sarraz et à Ferreyres (canton de Vaud), pour avoir mangé de la viande provenant d'une vache découpée par un boucher qui venait de dépecer

un bœuf (*sic*) charbonneux et n'avait désinfecté ni ses mains, ni ses, outils.

Quatre semaines après la fin de cette première épidémie, 25 personnes furent atteintes des mêmes accidents pour avoir, dans un repas de noce, mangé de la viande qui avait séjourné sur une planche où on avait haché précédemment du foie de la vache (*sic*) incriminée.

Chez tous, les symptômes étaient: vomissements, diarrhée abondante muqueuse, riziforme; gastralgie, rachialgie puis crampes des extrémités. Elévation brusque et considérable de la température, puis abaissement au-dessous de la normale ; amaigrissement, faiblesse, stupeur.

Une seule mort, après deux jours de maladie. A l'autopsie, cœur flasque, en diastole; muqueuse gastro-intestinale fortement hyperémiée. Plaques de Peyer et follicules clos très tuméfiés. Reins congestionnés. Rate petite et non diffluente. Nulle part d'ecchymoses. Sang fluide et noir ; tous les tissus couleur rouge brique.

Fait intéressant, les malades qui avaient auparavant été atteints d'affec tions microbiennes (panaris, lymphangite, abcès du sein, poussée de tuberculose pulmonaire) réagirent sous l'effet de leur intoxication charbonneuse, à la manière des tuberculeux sous l'action de la lymphe de Koch. Les cicatrices de panaris, d'abcès du sein, de lymphangite se tuméfièrent et devinrent douloureuses, la tuberculose éprouva une nouvelle poussée, il y eut hémoptysies, râles, etc. J. B.

I. — Épidémie charbonneuse dans une brosserie à Marcq-en-Barœul (Nord), par CHAUVEAU (*Annales d'hyg. publ.*, 3e *série*, *XXIX*, 224).

II. — Une épidémie de charbon chez des ouvriers brossiers, par H. SURMONT et Emile ARNOULD (*Revue d'hyg.*, *XV*, 193).

Ces deux mémoires relatent les mêmes faits survenus à Pont-de-Marcq, près de Lille en 1892. Dans l'espace de 5 mois, un petit atelier de brosserie a fourni 7 cas de charbon, dont 6 mortels, parmi ses ouvriers. 5 des victimes ont eu des pustules malignes de la face et 2 du charbon gastro-intestinal.

Surmont et Arnould rapportent en outre une observation de Girode. Il s'agit d'une pustule maligne de la face (non mortelle) due à la brosse du coiffeur. J. B

Le pain de famine en Russie pendant la disette de 1891-1892, par Raoul ROUMA (*Rev. d'Hyg.*, *XV*, 214, *mars* 1893).

Rouma a analysé 5 échantillons de ce pain. Le n° 1 ne contenait pas de farine, et était fait avec de la balle de seigle, d'avoine, de sarrazin et une herbe rouge ; le n° 2, également sans farine, était fait avec des semences d'arroche (chenopodium viride); le n° 3 était préparé avec de la farine de seigle, de l'arroche et des pommes de terre; le n° 4 avec de la farine de seigle, de l'arroche et de l'herbe rouge; le n° 5, avec trois quarts d'arroche, un huitième de pommes de terre et un huitième de farine de seigle. Ces divers échantillons n'avaient guère l'aspect de pain. Le n° 1 ressemblait à la fiente desséchée des grands herbivores ; le n° 2 à du charbon de bois. Ceux où l'arroche prédominait étaient presque noirs, avec un goût fort amer. La couleur des autres était gris brun, uniforme ou avec des plaques foncées. Le goût était en général aigre, sauf dans les cas où il y

avait beaucoup d'arroche. Tous les échantillons, outre les substances indiquées, contenaient différentes graines entières, des morceaux de paille, des balles de différentes céréales, etc. — Tous ces pains étaient très peu poreux. Voici les résultats de leur analyse :

	Pour 100				
	matières azotées	matières grasses	amidon, dextrine, sucre	cellulose	cendres
	—	—	—	—	—
N° 1...	10,25	0,94	36,55	32,05	20,21
N° 2...	11,30	3,89	42,95	25,72	16,14
N° 3...	15,35	2,27	58,31	16,46	7,61
N° 4...	13,75	1,10	45,59	26,31	13,25
N° 5...	15,30	2,18	46,89	27,34	8,09

En temps normal, le pain des paysans russes présente la composition suivante : 12,75 °/₀ de matières azotées; 1,12 de matières grasses; 78,86 d'amidon, de dextrine et de sucre ; 2,71 de cellulose et 2,65 de cendres.

Les consommateurs de ces pains de famine ont beaucoup souffert de diarrhées, de scorbut et de typhus. J. B.

Zur Beurtheilung des Fleiches von Thieren, welche wegen entzündlicher Krankheiten geschlachtet werden, par OSTERTAG (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milch-Hyg. et Hyg. Rundsch. III, n° 1, p. 37, 1er janvier 1893*).

Ostertag insiste sur les difficultés beaucoup plus grandes de la tâche des inspecteurs des viandes dans les campagnes que dans les abattoirs publics, où l'on ne reçoit guère que des bêtes saines ou tout au moins pas atteintes de maladies aiguës. Ces difficultés tiennent essentiellement à la pénurie de nos connaissances sur la nocuité ou l'innocuité de la viande des animaux abattus d'urgence pour des affections inflammatoires. On ne sait guère que ce que nous ont appris, d'une part l'expérience pratique, d'autre part les expériences sur les animaux. Or la transmissibilité d'une affection d'un animal à un autre ne prouve nullement la possibilité de sa transmission à l'homme.

La pratique, il est vrai, a démontré qu'on peut consommer sans inconvénients la viande des bêtes atteintes de peste bovine, de pleuro-pneumonie contagieuse, de typhus des bêtes à cornes, de charbon symptomatique, de rouget et de choléra des porcs. Il n'y a pas à tenir compte de quelques rares observations contradictoires qui prêtent d'ailleurs peut-être le flanc à des objections. En somme, nos informations se bornent aux affections parasitaires, aux intoxications et aux maladies infectieuses typiques. En revanche, nous possédons très peu de choses certaines sur les maladies de nature infectieuse à marche inflammatoire. Le danger de l'usage de la viande d'animaux atteints de métrite ou de polyarthrite septiques est avéré ; toutefois la nocuité de ces viandes doit être subordonnée à quelques circonstances spéciales, car il est certain que, chaque année, un grand nombre des bêtes abattues de ce chef entrent dans la consommation sans donner lieu à des accidents. Cependant, jusqu'à ce qu'on ait découvert les circonstances particulières qui rendent ces viandes insalubres, il y a lieu de les proscrire, comme celles des autres affections septiques.

On n'a pas encore non plus délimité d'une façon précise les affections

inflammatoires qui ne donnent jamais lieu à empoisonnements chez les consommateurs. L'opinion consistant à regarder comme insalubres la viande des bêtes offrant des épanchements fétides est exacte en ce qui touche les métrites, mais non pour la péricardite et la pleurésie traumatiques si fréquentes; la viande de ces derniers animaux n'a jamais occasionné d'accidents. Même dans la péritonite par perforation à épanchement fétide du bœuf, on a pu consommer sans inconvénient la chair musculaire, tandis qu'il n'en a pas été toujours de même pour les viscères. Enfin il y aurait à étudier l'influence exercée par le mode de préparation des viandes sur les agents morbides qu'elles renferment. La plupart du temps, les matières nocives ne semblent pas détruites par la cuisson, tandis qu'il est d'assez nombreux faits où la viande crue ou imparfaitement cuite a seule determiné des empoisonnements. J. B.

Ueber fadenziehende Milch, par GUILLEBEAU (*Schweizer Arch. f. Thierheilk.* 1892, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 31, *p.* 39, 1er *janvier* 1893).

Guillebeau signale 12 microrganismes différents, ayant la propriété de rendre le lait visqueux et filant; fréquemment, le lait prend alors une mauvaise odeur. Jusqu'ici on n'a pas démontré que ces microbes soient pathogènes pour l'homme ou l'animal. Leur présence n'entrave pas la transformation du lait en beurre, mais il semble prouvé pour le bacille visqueux du lait qu'il diminue le pouvoir du beurre de se conserver. Tous ces microorganismes n'arrivent dans le lait que par des souillures accidentelles, postérieures à la traite. Le seul moyen prophylactique est donc une propreté exquise, tandis que la lessive de soude bouillante est le meilleur agent de traitement. (*R. S. M.* XXI, 34.) J. B.

Sur l'ébullition du lait, par CROLAS (*Lyon méd.*, *p.* 257, 25 *juin* 1893).

L'ébullition enlève au lait une petite quantité de beurre entraîné par l'albumine au moment de la coagulation par la chaleur, quantité que l'on retrouve du reste dans la pellicule qui se forme sur le lait bouilli et refroidi.

L'ébullition n'a aucune action sur la caséine et la lactose; elle augmente la quantité de phosphates solubles.

C. conclut que le lait bouilli est au moins équivalent comme produit alimentaire au lait non bouilli. A. C.

L'examen microscopique des beurres, par Ferd. JEAN (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXVIII*, 549, *décembre* 1892).

Jean a constaté qu'à l'aide du microscope polarisant, on peut reconnaître dans le beurre, la présence de 1 0/0 d'oléo-margarine et qu'une addition de beurre de coco ou de margarine de coton est décélée aussi nettement que les margarines animales et les saindoux.

Les causes d'erreur sont les suivantes : une addition de beurre fondu donne aux beurres les caractères du beurre falsifié. Les beurres purs, devenus rances, peuvent présenter les caractères du beurre margariné. Les falsifications par les graisses végétales ne cristallisant pas par le refroidissement, ne sont pas décélées par l'examen au polariscope. Certains beurres de qualité très inférieure (Auvergne) peuvent présenter,

bien qu'avec moins d'intensité, les caractères des beurres margarinés.

J. B.

Untersuchungen von Butterfett, par M. SCHRODT et O. HENZOLD (*Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 3, *p.* 131, 1er *février* 1893).

Résultats de recherches poursuivies un an sur le beurre fourni par un troupeau de plus de 200 vaches.

La richesse de la graisse du beurre en acides gras volatils dépend de l'époque de la lactation et n'est pas influencée par l'alimentation.

Au fur et à mesure que la période de lactation se prolonge, il y a diminution graduelle des acides gras volatils.

Il est de règle, quelle que soit l'alimentation, qu'à une pénurie en acides gras volatils, corresponde un excès de richesse en acides gras insolubles ; cette dernière circonstance a pour effet d'élever l'indice de réfraction.

Il existe des graisses de beurre pauvres en acides gras volatils sans qu'on puisse en trouver la cause.

En raison du faible taux auquel peuvent tomber les acides gras volatils, leur dosage est insuffisant pour surveiller le commerce du lait. Il est bon d'y adjoindre le dosage des acides gras insolubles et la recherche de l'indice de réfraction.

J. B.

I. — Verhalten des Aluminiums gegen Bier, par R. KOBERT (*Chem. Zeitung*, *XVI*, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 3, *p.* 133, 1er *février* 1893).

II. — Das Verhalten..., par L. AUBRY (*Ibidem et Hyg. Rundsch.*, *II*, *n°* 24 *p.* 1091, 15 *décembre* 1892).

III. — Ueber Feldflaschen und Kochgeschirre aus Aluminium, par PLAGGE et LEBBIN (*Veroeffentl. aus dem Gebiete des Militaer-Sanitaetswesens... Berlin* 1893, *et Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 6, *p.* 272, 15 *mars* 1893).

I. — En se basant sur ce que la bière au contact de vases en aluminium ne s'empare pas de plus de 8 milligrammes du métal par litre, on en a voulu conclure que l'aluminium pouvait être employé pour conserver et pour transporter la bière. A cela, Kobert répond qu'une bière renfermant une semblable proportion d'aluminium pourrait très bien devenir à la longue toxique, dans le cas où les sels d'aluminium seraient résorbés et s'accumuleraient dans le foie et autres organes. Dans sa thèse inaugurale (Dorpat 1886) Siem a en effet montré que tous les sels d'aluminium, sans exception, qui circulent dans le sang, sont toxiques. Il a constaté, sur les animaux empoisonnés, de la dégénération graisseuse du foie, de la gastro-entérite et de la dégénération hyaline de l'épithelium rénal. La dose d'aluminium mortelle était, par kilogramme du poids de l'animal, de 300 milligrammes pour le lapin, de 250 à 280 pour le chat et de 250 pour le chien. Comme on sait que presque tous les poisons qui à hautes doses provoquent des affections des reins, lèsent aussi à faibles doses ces organes, quoique peut-être d'une autre façon, il n'y a donc pas lieu de permettre l'usage de récipients en aluminium pour la bière.

II. — Aubry réplique à Kobert que presque tous nos aliments renferment de l'aluminium : la viande, les légumes, les fruits, par exemple; 100 grammes de farine de froment contiennent $7^{mgr},5$ de phosphate d'alu-

minium. On ne saurait lui objecter les expériences de Siem parce qu'il s'agit d'intoxications par la voie sous-cutanée ou intra-veineuse.

III. — Contrairement à F. Goepel qui affirme que même à l'état pur l'aluminium est corrodé superficiellement et intérieurement par l'eau distillée froide, Plagge et Lebbin assurent que même après plusieurs semaines de contact avec de l'eau pure (avec ou sans intervention de l'air), l'aluminium même pulvérisé ou en feuilles, n'est nullement attaqué.

Plagge et Lebbin ont analysé vingt-six échantillons d'eaux consommées à Berlin (distribution municipale, Sprée, puits) ; dans vingt-quatre d'entre eux, ils ont trouvé une proportion d'aluminium oscillant de $0^{mgr},2$ à $18^{mgr},46$ par litre.

Deux garçons du laboratoire ont pu, sans aucun inconvénient, boire et manger pendant 18 mois dans des vases en aluminium. J. B.

Bestimmung des Eisens im Brunnenwasser auf kolorimetrischem Wege und Verwendung der Gerbsaeure zu diesem Zwecke, par F. GERHARD (*Archiv der Pharmacie, CCXXX et Hyg. Rundsch. III*, *n°* 6, *p.* 241, 15 *mars* 1893).

Pour doser le fer des eaux potables par la méthode colorimétrique, Gerhard préfère comme réactif le ferrocyanure de potassium (bleu de Berlin) au sulfocyanure. Mais l'un et l'autre sont inférieurs, selon lui, à l'acide tannique qui n'exige pas la concentration de l'eau qu'on veut analyser. Dans les eaux où le fer se trouve encore à l'état d'oxydule, la réaction tannique est plus rapide, plus régulière et plus sûre, sans qu'il soit nécessaire de transformer le fer en oxyde. L'addition du tannin produirait dans l'eau un trouble qu'on évite par l'adjonction de pyrophosphate de soude. L'eau doit être neutre et faiblement alcaline, car des quantités même peu considérables d'alcalis ou d'acides déterminent des colorations avec le tannin.

Les réactifs à employer sont : 1° une solution de 1 partie de pyrophosphate de soude cristallisé dans 20 parties d'eau ; 2° une solution de 1 partie de tannin dans 20 parties d'alcool faible ; 3° une solution de fer renfermant par centimètre cube $0,^{gr}1$ de fer sous forme de pyrophosphate ferro-sodique ($0^{gr},898$ d'alun de fer et $2^{gr},5$ de pyrophosphate de soude dans un litre d'eau, ou 1 gramme de la liqueur officinale de perchlorure de fer avec 50 centimètres cubes de la solution de pyrophosphate dans un litre d'eau).

Si l'eau à examiner est encore claire, on en additionne 100 centimètres cubes d'abord de 20 centimètres cubes de la solution de pyrophosphate, puis de 5 gouttes de la solution de tannin. Lorsque le fer s'est déjà partiellement ou totalement précipité, on chauffe 150 centimètres cubes de l'eau avec 1 gramme d'acide oxalique, pour redissoudre le précipité ; pendant que celui-ci est encore chaud, on y ajoute un grain de citrate de potasse (afin d'empêcher la précipitation du fer), on sature l'acide oxalique avec du carbonate de chaux, on filtre et l'on essaie sur le produit filtré la réaction du tannin. Celle-ci se produit encore quand l'eau ne contient par litre qu'un quinzième de milligramme de fer. J. B.

Ueber Wasserreinigung durch Sandfiltration und anderer Mittel, par C. HANSEN (*Journal für Gasbeleuchtung und Wasserversorgung*, *XXXV*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 1063, 15 *décembre* 1892).

1° *Filtration par le sable.* Un sable fin est préférable au sable à gros grains surtout quand l'eau à filtrer est très riche en microorganismes.

Le plus ou moins d'épaisseur des couches de sable (comprise entre $0^m,52$ et $1^m,45$) n'a pas d'influence notable sur l'efficacité du filtre.

Une faible vitesse de filtration exerce une influence favorable spécialement sur le degré de clarté de l'eau.

Les oscillations de pression, tant que la vitesse de filtration reste invariable, n'influent ni sur le degré de clarté de l'eau ni sur sa teneur en microbes. Il est impossible en pratique de remédier à la couleur foncée de l'eau filtrée par le sable.

2° *Agents chimiques d'épuration.* Le charbon végétal est impuissant à purifier une eau de rivière (la Wanda) assez impure.

Le fer métallique, employé selon le procédé d'Anderson, réduit de moitié la quantité d'oxygène consommée par l'eau, mais celle-ci, bien aérée et filtrée, reste rougeâtre et chargée de fer.

L'eau successivement agitée avec de la limaille de fer, puis ruisselant à travers le coke et enfin filtrée, est d'abord claire et incolore, mais au bout de quelques jours, elle redevient rougeâtre. Lorsqu'on emploie du coke frais, l'eau redevient claire, sans doute parce que les cendres alcalines du coke précipitent le fer. Lorsqu'on précipite par la chaux, l'eau prend une réaction alcaline et un goût fade. J. B.

Untersuchungen ueber die Verwendbarkeit des Aluminiums zur Herstellung von Ess-Trink-und Kochgeschirren, par OHLMUELLER et HEISE (*Arbeiten aus d. kaiserl. Gesdhamte.*, *VIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 1053, 1er *décembre* 1892).

Ohlmueller et Heise ont étudié l'action de l'aluminium au contact de l'eau distillée, de l'eau ordinaire, de l'acide acétique au centième, du vinaigre, de solutions à 2 0/0 d'acides tartrique, citrique, tannique, etc., du vin rouge, du café, de l'eau-de-vie et de la bière. En outre ils ont expérimenté les effets de ce métal chez l'homme et les animaux. Voici leurs conclusions :

L'aluminium est attaqué, aussi bien par les liquides acides ou alcalins que par le sel dissous, dans une faible mesure à la température ordinaire, à un degré très variable et parfois considérable, à la température de l'ébullition.

Il est fréquent de voir avec le temps se produire des altérations à la surface des vases qui rendent le métal moins attaquable.

Chaque nettoyage des vases est suivi d'une perte de substance relativement considérable.

Dans les conditions ordinaires, il n'y a pas lieu de redouter des inconvénients pour la santé, de l'usage d'aliments ou de boissons cuits ou conservés dans des vases en aluminium.

Deux hommes ont pris quotidiennement, durant un mois, un gramme de tartrate d'alumine sans aucun trouble de l'appétit ni de la santé.

J. B.

La désinfection des locaux, par Ch. CHAMBERLAND et E. FERNBARH (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 6, juin* 1893).

L'eau de javel du commerce, la solution de chlorure de chaux au 1/10e (100 grammes de chlorure de chaux dans 1,200 grammes d'eau étendue de dix fois son volume d'eau), l'eau oxygénée du commerce sont plus actives que la solution acide de sublimé au millième appelée solution forte. Ces désinfectants n'agissent pas ou n'agissent qu'après plusieurs heures sur les germes humides lorsqu'on les emploie à la température ordinaire, mais, si ces désinfectants sont portés à la température de 40 à 50 degrés et même davantage, les germes humides sont détruits en quelques minutes. D'où nécessité de faire arriver le désinfectant, quel qu'il soit, au contact des germes à la température la plus élevée possible.

Les germes desséchés sont beaucoup plus résistants; ils peuvent résister plusieurs heures même à une température de 40 à 50 degrés. Il suffit de les mettre en contact avec de l'eau pendant une heure environ pour que ces germes soient attaqués aussi rapidement que s'ils étaient humides. D'où nécessité de pulvériser de l'eau sur les parois de la chambre à désinfecter.

La solution de chlorure de chaux étendue de dix à vingt fois son volume d'eau est infiniment plus active que la solution normale, aussi bien vis-à-vis des germes secs que des germes humides à la température ordinaire ou à 50 degrés.

Ce désinfectant augmente en quelques minutes, même à froid, sur les spores du charbon et le microbe de la fièvre typhoïde.

Le thymol, le lysol, l'essence de térébenthine sont de mauvais désinfectant relativement aux précédents. PAUL TISSIER.

Sur les microbes pathogènes dans la poussière et dans l'air de la clinique de l'hôpital militaire de Saint-Pétersbourg, par G. J. MOOR (*Vratch, n°s* 23-25, 1893).

L'auteur a fait 10 lavages de l'air et 5 expériences avec l'appareil de Hesse; il a exposé à l'air 86 plaques de Petri et a fait 10 plaques avec des échantillons de poussières. Le liquide des lavages a été inoculé à 10 lapins; la poussière a été inoculée à 10 lapins et à 10 cobayes; des expériences de contrôle ont été faites sur des rats et des souris. De même que les autres auteurs, Moor a trouvé que l'air contient plus de cocci que de bacilles, et que les sarcines n'y font presque jamais défaut. Par contre, la poussière contient surtout dans les échantillons plus vieux, un plus grand nombre de bacilles que de cocci; ici les moisissures sont particulièrement nombreuses. Le maximum de microbes, par 10 litres d'air, a été, 220; le minimum, 28.

Parmi les microbes pathogènes, Moor a trouvé, dans l'air, 2 fois le staphyl. pyog. blanc et 2 fois le staphyl. pyog. doré; dans la poussière, il a trouvé 3 fois le staphyl. pyog. blanc, 2 fois le staphyl. pyog. doré et, en outre 4 fois le bacille de la tuberculose, H. FRENKEL.

Ueber das Verbrennen der Abgaenge bei Cholera, sowie der Küchenabfaelle par ZIEM (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 46, *p.* 1179, 14 *novembre* 1892).

Ziem estime peu pratique la désinfection des selles cholériques, telle qu'elle est préconisée officiellement; en effet, avant de se débarrasser de ces déjections, il faut qu'elles soient laissées en contact 1 heure au moins avec le désinfectant, ce qui peut exiger la conservation de plusieurs vases, si le malade a des selles un peu fréquentes. Pour lui, il est bien préférable de les brûler en les jetant au feu après les avoir enrobées, suivant la recommandation de Küchenmeister, dans de la sciure de bois sèche.

Du reste comme mesure de salubrité prophylactique, il voudrait qu'il fût interdit de livrer au bouage autre chose que des cendres, et prescrit aux habitants de brûler dans leurs cuisines, toutes leurs autres ordures ménagères de nature organique. Il s'est assuré par lui-même que la chose est parfaitement faisable. J. B.

Henneberg's Kafill-Desinfektor (*Centralblatt der Bauverwaltung et Hyg. Rundsch. II, p.* 951, 1er *novembre* 1892).

Les divers procédés usités jusqu'ici pour la destruction ou l'utilisation industrielle des cadavres d'animaux malades, n'offraient pas de garanties suffisantes sous le rapport de l'hygiène. Leur envoi aux clos d'équarrissage n'empêchait pas toujours la vente clandestine des viandes malsaines ou dangereuses; de plus ces établissements de même que ceux où l'on transformait industriellement les charognes laissaient beaucoup à désirer au point de vue de l'infection de l'atmosphère, du sol et des eaux, et ne présentaient aucune sécurité en ce qui touche à la destruction des germes morbides.

A tous ces égards, l'appareil inventé par De la Croix, vétérinaire, directeur des abattoirs d'Anvers, paraît réaliser un progrès considérable. Les expériences faites à l'abattoir de Spandau avec un appareil de ce genre installé par Rietschel et Henneberg n'ont eu d'autres résultats que d'en faire ressortir les avantages.

Cet appareil de désinfection travaille d'une façon complètement inodore et retire des cadavres la totalité de leur graisse et leur gélatine en même temps qu'il fournit un engrais riche en azote et en phosphore. Il se compose de trois chaudières timbrées à 10 atmosphères et communiquant par des tuyaux. Le plus grand de ces récipients a une capacité d'environ 1,200 kilogrammes et constitue le stérilisateur proprement dit dans lequel on place les cadavres; il est muni d'une double enveloppe, à l'intérieur de laquelle afflue de la vapeur. Pour que la destruction et la transformation s'effectuent convenablement et rapidement, il faut une pression de 4 ou 5 atmosphères correspondant à une température de 153 à 160 degrés centigrades. Dans la chaudière suivante, s'amassent la graisse liquéfiée et l'eau gélatineuse refoulées par la vapeur sous tension ; elles s'y précipitent et sont utilisables après clarification. La dernière chaudière enfin sert à condenser la vapeur. Il ne reste dans le stérilisateur que des os friables et des chairs dégraissées; l'opération finie, on les fait sécher, puis on les moud pour en former un engrais pulvérulent.

Tout établissement de désinfection de ce genre doit comprendre quatre

salles. Dans la première, on apprête les cadavres et on les tient dans une cuve remplie d'un liquide désinfectant. La deuxième salle renferme les trois chaudières où s'effectue la transformation des charognes. La troisième est le séchoir des résidus solides, au-dessus duquel se trouve le moulin à vapeur. Enfin la dernière salle sert d'entrepôt pour l'engrais et pour les tonneaux de graisse. Tous frais comptés, un établissement semblable, calculé pour une population de 200,000 habitants, revient à 16,250 francs et l'expérience des abattoirs d'Anvers et de Spandau prouve que ces dépenses sont plus que compensées par la valeur des matériaux élaborés. J. B.

Ueber systematische Arbeitstheilung beim Bekaempfen der Cholera, par A. WERNICH (*Hyg. Rundsch.*, *III*, *n°* 4, *p.* 145, 15 *février* 1893).

Le service d'inspection sanitaire organisé en Allemagne sur les cours d'eau navigables à propos de l'épidémie de Hambourg (1892) a fourni les résultats suivants :

Sur l'Elbe, en 11 semaines (du 13 septembre au 29 novembre), on a inspecté 57,108 bateaux, dont 32,851 ont subi la désinfection à l'aide de lait de chaux. Sur les 205,954 individus trouvés à bord de ces embarcations, 108 étaient atteints du choléra et 11 tenus pour suspects de l'être.

Sur l'Oder, en 9 semaines (21 septembre au 27 novembre), on a inspecté 30,074 bateaux montés par 103,327 individus, dont 7 étaient atteints de choléra et 3 soupçonnés de l'être.

Sur la Vistule, en 2 mois (2 octobre au 30 novembre) on a inspecté 26,653 bateaux et 3,138 trains de bois, montés par 184,890 individus, sur lesquels il y avait 3 cholériques et 2 suspects.

Enfin, sur le Rhin, en 40 jours (6 octobre au 17 novembre), on a inspecté 37,078 bateaux montés par 185,542 individus dont 5 étaient atteints de choléra et 2 suspects. J. B.

Bemerkungen ueber das Verhalten der Kommabacillen der Cholera asiatica in Berührung mit Tabaksblaettern und Cigarren, par WERNICKE (*Hyg. Rundsch.*, *II*, *n°* 21, *p.* 917).

Les manipulations des cigares que nécessitent leur fabrication et leur débit peuvent-elles être des sources d'infection cholérique?

C'est à résoudre cette question par la voie expérimentale que s'est attaché Wernicke. Avec quatre sortes de tabac (havane, sumatra, brésilien et seed-leaf), il a préparé des cigares en se servant, pour mouiller les feuilles de tabac, d'eau additionnée de bacilles cholériques, en plaçant à l'intérieur des cigares un petit morceau de toile imprégnée d'une culture en bouillon d'un jour et en roulant leur enveloppe externe avec les mains humides encore de l'eau contenant les bacilles spécifiques.

Après vingt-quatre heures de séjour à l'étuve, ces cigares ont été employés à inoculer des plaques de gélatine. Les inoculations n'ont été positives qu'avec les morceaux de toile placés à leur intérieur; sur les feuilles de tabac même, les bacilles cholériques étaient déjà tués par le développement d'autres microorganismes.

Du reste, Wernicke a vainement recherché la présence de bacilles cholériques sur des cigares fabriqués à Hambourg, à l'apogée de l'épi-

démie de choléra; ces cigares étaient encore humides et contenaient un grand nombre d'autres espèces bactériennes.

Toujours après trois heures de dessication des feuilles de tabac, les bacilles cholériques étaient morts; après deux heures de dessication, ils vivaient encore sur du havane; une heure de dessication suffit à les tuer sur les tabacs de Sumatra et seed-leaf; une demi-heure sur le brésilien; ces trois derniers tabacs avaient une réaction faiblement acide, tandis que celle du havane était légèrement alcaline.

Dans des infusions de tabac à 5 0/0 stérilisées, les bacilles cholériques résistent trente-trois jours, mais ne s'y multiplient pas; dans les infusions plus concentrées, ils sont tués au bout de 24 heures.

Lorsqu'on prend soin de mettre les bacilles cholériques à l'abri de la concurrence vitale des autres microorganismes, on constate qu'ils ne survivent pas au delà de quatre jours sur les feuilles de tabac humide, et ils ne s'y multiplient pas; ils résistent davantage sur les feuilles de havane que sur celles de sumatra et surtout sur celles du seed-leaf et du brésilien.

Wernicke a également vérifié les expériences de Tassinari et de Miller sur l'action microbicide de la fumée de tabac. Quand on la fait passer directement à travers un bouillon de culture, il suffit d'un demi-cigare pour tuer en cinq minutes les bacilles cholériques.

Ce sont les produits facilement condensables de la distillation sèche de la fumée de tabac qui jouissent exclusivement de cette propriété.

Les bacilles cholériques sont tués aussi en cinq minutes quand on fait passer, comme Miller, la fumée de la moitié d'un cigare à travers une culture dans la salive. J. B.

A special form of ophthalmia... (D'une variété d'ophtalmie qui atteint les éplucheurs de houblon), par Percy ADAMS (*Brit. med. j., p.* 1,000, 13 *mai* 1893).

Les ouvriers occupés à cueillir et à éplucher le houblon sont sujets à une variété d'ophtalmie qui consiste en une conjonctivite intense avec chémosis palpébral et bulbaire, larmoiement, sécrétion mucopurulente. L'affection peut atteindre les parties profondes et donner lieu à de la kératite, de l'hypopyon et même à de l'iritis. Cette maladie s'observe au moment de la maturité des cônes de houblon; elle n'est pas infectieuse à son stade initial, mais devient contagieuse quand la suppuration s'installe.

L'étiologie est le point intéressant de cette affection. Il ne s'agit pas, évidemment, d'une ophtalmie catarrhale saisonnière; ce ne sont pas non plus les agents employés à la culture du houblon qu'il faut incriminer (soufre, sulfate de cuivre, tabac, savon noir), c'est le houblon lui-même. En effet, les feuilles, les tiges et les sommités du houblon sont hérissées de piquants très semblables, miscroscopiquement, aux aiguillons de l'ortie, et renfermant comme ceux-ci une essence irritante. Il y a dès lors à la fois une action mécanique et chimique qui produit l'irritation conjonctivale, soit directement, par l'air qui charrie les poussières du houblon, soit par l'intermédiaire des mains que les ouvriers portent à leur figure. H. R.

Rapport au conseil de salubrité de la Seine sur la coloration artificielle des fleurs, par G. PLANCHON (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXVII*, 404, *mai* 1892).

Il y a deux procédés pour teindre les fleurs, l'un qui consiste à les plonger simplement dans une solution colorante, l'autre qui consiste à utiliser des substances colorantes ayant la propriété de monter dans les vaisseaux de la plante pour teindre les pétales.

Il résulte des recherches de Planchon et Houdas que les matières colorantes basiques ne colorent pas les fleurs par montée : la matière colorante est immédiatement absorbée par la partie de la tige qui est en contact avec elle et ne chemine pas dans les vaisseaux.

Au contraire, la généralité des matières colorantes acides monte dans la tige. La rapidité avec laquelle les différentes matières colorantes pénètrent jusque dans la fleur est d'ailleurs très variable, suivant la couleur et suivant aussi la fleur.

Il semble même parfois que les différentes matières colorantes ne passent pas par les mêmes voies. Si on plonge des œillets dans une solution contenant un mélange de vert et d'éosine, on obtient une fleur panachée en rose et en vert, dans laquelle les teintes sont aussi pures que celles que l'on voit dans les fleurs colorées uniquement en vert ou en rose.

Alors même qu'on se serait servi de couleurs toxiques, et qu'on mangerait la fleur, la quantité de matière colorante est trop faible pour avoir des inconvénients sanitaires. Aussi Planchon est-il d'avis qu'il n'y a pas de raison d'interdire l'industrie en ce moment à la mode dans le commerce des fleurs. J. B.

Ueber die schädlichen Bestandtheile derjenigen Gummisachen, mit denen Kinder....., par BULOWSKY (*Arch. f. Hyg.*, *XV*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, *n*° 24, *p.* 1099, 15 *décembre* 1892).

Bulowsky a analysé 36 jouets en caoutchouc de provenance russe ou allemande. Aucun d'eux ne renfermait d'arsenic; deux seulement contenaient du plomb, mais tous contenaient du zinc (de 21,95 à 56,66 0/0 d'oxyde) et tous ceux colorés en rouge dans leur épaisseur, de l'antimoine (de 7,37 à 26,70 0/0 de pentasulfure). Ce sulfure antimonique est inoffensif parce qu'il ne se dissout pas dans la salive, mais il n'en est pas de même du plomb et de l'oxyde de zinc qui se dissout aussi dans le lait aigri. Bulowsky formule ainsi ses résultats.

Les objets en caouctchouc laissés aux mains des enfants, sont inoffensifs, lorsqu'ils flottent sur l'eau, sont élastiques et de consistance molle.

Plus leur poids spécifique est élevé, plus est considérable leur teneur en éléments minéraux et partant d'autant inférieure est leur qualité.

Les bouts de sein et de biberon noirs sont inoffensifs. Les poupées colorées en noir dans toute leur épaisseur sont dangereuses parce qu'elles contiennent de l'oxyde de plomb. On les peut distinguer des jouets noirs inoffensifs, en ce qu'elles plongent au fond de l'eau. Les poupées et autres jouets colorés en rouge ou en brun rouge dans leur masse, sont inoffensifs, parce qu'ils renferment du pentasulfure d'antimoine.

Tous les objets gris (tels que bouts de biberon) sont relativement nuisibles parce qu'ils contiennent de l'oxyde de zinc.

Parmi les couleurs appliquées seulement à la surface des objets de caoutchouc, il en est aussi de toxiques. J. B.

Ueber den Wärmeverlust des bekleideten Fusses... (Déperdition de calorique du pied chaussé au contact du sol), par NOTHWANG (*Arch. f. Hyg. XV, et Hyg. Rundsch., III*, n° 1, *p.* 39, 1er *janvier* 1893).

Ce sont les bas de laine qui protègent le mieux les pieds contre la déperdition de chaleur au contact du sol; viennent ensuite ceux de soie et enfin ceux de coton qui garantissent le moins bien; mais la supériorité du bas de laine sur celui de soie ne tient qu'à ce qu'il est plus épais, car à épaisseur égale, le bas de soie retient aussi bien le calorique.

Quand le pied est à la fois chaussé de botte et de bas, la perte de chaleur se restreint de 100 à 9,9 tandis que lorsqu'il n'est chaussé que d'une botte sans bas, la perte de chaleur est diminuée seulement de 100 à 15.

Quand les bas sont humides, ceux de soie laissent perdre 22 pour cent, ceux de laine 30 pour cent de chaleur en plus que lorsqu'ils sont secs.

La différence est moins accusée pour les bottes humides ou au contraire sèches ; elle se réduit à 4 1/2 pour cent. Il en résulte que la sensation de froid éprouvée quand on a des chaussures mouillées, dès que la température est un peu fraîche, doit être occasionnée, pour une partie, par la déperdition de chaleur s'opérant par l'empeigne et la forte évaporation d'eau qui en est la conséquence. J. B.

Le graissage des urinoirs, par E. VALLIN (*Revue d'hyg. et police sanit.*, XV, 45, *janvier* 1893).

La ville de Vienne possède 121 urinoirs publics, dépensant ensemble 1,357 mètres cubes d'eau par jour, ce qui constitue presque 92,000 francs de frais annuels. Elle vient, dans un certain nombre d'entre eux, de remplacer le lavage continu à l'eau par un graissage à l'huile qui empêche la formation des dépôts de sels ammoniacaux infects. Tous les jours, on badigeonne la surface des plaques avec de l'huile minérale dont on met aussi une couche de un centimètre dans la panse du siphon placé sur la conduite qui de l'urinoir se rend à l'égout. Bien que privés complètement d'eau, ces urinoirs seraient plus véritablement inodores que ceux de l'ancien système. L'inventeur propose à la municipalité viennoise de les transformer tous à ses frais, ne demandant comme rétribution que la valeur de l'eau économisée.

Vallin trouve ce système rationnel; selon lui, sans renoncer complètement à l'eau, il y aurait lieu de l'expérimenter à défaut d'eau (pendant le gel par exemple) et quand le revêtement (simple enduit en ciment) des urinoirs n'est pas imperméable.

Il conseille de procéder ainsi : après un nettoyage fait la veille avec la brosse et la solution d'acide chlorhydrique à 20 pour cent, on essuyerait avec un linge sec et on passerait un chiffon imprégné de vaseline grossière. Chaque matin, on ferait un lavage à grande eau pour entraîner les matières solides déposées indûment et une ou deux fois par semaine, on renouvellerait l'enduit de vaseline.

Le seul inconvénient dont il faille tenir compte est la possibilité de la souillure des vêtements au contact des parois trop abondamment graissées. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Traité de médecine, tome IV, par RUAULT, BRISSAUD, LE GENDRE, MARFAN et NETTER (*Paris*, 1893).

Le quatrième volume du *Traité de médecine* ne cède en rien à ses devanciers pour l'importance et la valeur des travaux originaux qu'il renferme.

C'est d'abord une véritable monographie des maladies du larynx et des fosses nasales, due à Ruault. Le plan est le même que dans sa description des angines : l'analyse détaillée des troubles fonctionnels, circulatoires, nerveux et sensitifs, dont l'organe peut être atteint, ouvre la scène : puis vient la description des entités morbides auxquelles correspondent les symptômes. Le chapitre fondamental de cette monographie est celui qui concerne les paralysies laryngées suivant qu'elles sont unilatérales ou bilatérales : c'est à la fois un excellent travail de séméiotique et de pathologie générales, en même temps qu'une très fine et très précise analyse clinique.

Entre les maladies du larynx et celles de l'appareil pulmonaire se placent deux affections difficiles à classer : l'une essentiellement nerveuse, mais offrant des affinités étroites avec la pathologie nasale (c'est l'asthme); l'autre appartenant plutôt aux maladies générales infectieuses, la coqueluche. Les chapitres que leur consacrent Brissaud et Le Gendre sont à la fois substantiels et précis.

La pathologie des bronchites est envisagée par Marfan au point de vue bactériologique : presque toutes sont en effet infectieuses, les unes spécifiques, les autres non spécifiques : beaucoup enfin relèvent d'une prédisposition constitutionnelle ou d'une maladie générale. On lira avec fruit les pages consacrées à la description de la bronchite des cardiaques, des albuminuriques, des typhiques et des paludiques : nous eussions aimé à voir exposée avec plus de détails l'histoire des bronchites goutteuses, qui ne sont qu'indiquées sommairement. Par contre, les complications des bronchites, la gangrène, la dilatation des bronches, la lithiase bronchique, font l'objet d'excellents chapitres.

Les maladies chroniques du poumon, et la phtisie pulmonaire, sont dues à la plume du même auteur. La description de la tuberculose est une admirable monographie, bien exposée, richement documentée, et dans laquelle la partie clinique ne cède en rien à la partie anatomique et expérimentale. A côté des symptômes produits par l'évolution normale des granulations tuberculeuses se placent les complications dues à des associations microbiennes et à des infections secondaires ; d'où décou-

lent de précieux préceptes relatifs à la prophylaxie et à la thérapeutique de la tuberculose.

Les maladies aiguës du poumon et de la plèvre sont l'œuvre de Netter, c'est assez dire avec quel soin et quelle compétence ont été rédigés ces chapitres. L'histoire du pneumocoque, sa présence dans la salive, sa virulence variable, sa vitalité courte, ont été mises en relief par les recherches originales de l'auteur : aussi a-t-il pu tracer de main de maître les effets de l'infection de l'organisme par ce microbe, expliquer la marche cyclique de la pneumonie, ses anomalies et ses complications par des infections secondaires, ou par le fait d'états pathologiques associés, enfin, montrer la part considérable que prennent à la symptomatologie les localisations extrapulmonaires du pneumocoque (endopéricardite, otite, méningite, arthrite, etc.).

En regard de la pneumonie franche, la bronchopneumonie nous montre des réactions pulmonaires différentes sous l'influence de microbes divers : Netter en fait un parallèle saisissant, et pour la première fois cherche à préciser le diagnostic des variétés suivant l'espèce bactérienne qui leur a donné naissance. L'histoire de la gangrène pulmonaire est calquée sur le même plan. L'auteur nous montre les agents saprogènes arrivant au poumon soit par effraction, soit sans effraction, et y déterminant les lésions complexes qui entraînent une symptomatologie variable.

Le même ordre d'analyse est appliqué à la pleurésie, d'abord aux pleurésies fibrineuses, suivant qu'elles dépendent ou non de la tuberculose, puis aux pleurésies purulentes. On connaît trop l'importance des travaux de Netter sur toutes ces questions pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

En résumé, ce volume se recommande par une série de travaux de premier ordre, qui font le plus grand honneur à la jeune génération médicale française. H. R.

Manuel de médecine publié sous la direction de DEBOVE et ACHARD (*Vol. I et II, Paris*, 1893).

Ce nouveau manuel est rédigé, sous la direction et sous le contrôle de Debove, par un grand nombre de collaborateurs : chacun d'eux signe le chapitre qui est son œuvre personnelle. L'esprit général de ce manuel est essentiellement clinique ; c'est de la médecine humaine qu'il s'agit, et par conséquent les faits d'observation au lit du malade y tiennent la première place : l'expérimentation sur les animaux ne doit servir que de contrôle et de confirmation.

Chacun des chapitres est mis au point des données actuelles concernant l'anatomie pathologique, la microbiologie et la physiologie expérimentale : mais la place prépondérante est laissée à la symptomatologie, au diagnostic et surtout au traitement. Un formulaire de thérapeutique rationnelle à propos de chaque maladie, est publié à la fin du volume, et sera consulté avec profit par les élèves et par les médecins praticiens.

Deux volumes de la collection ont déjà paru : dans le premier sont comprises les maladies de l'appareil respiratoire, trachée, poumon, plèvre et médiastin.

Nous relevons dans les maladies du poumon un excellent article

d'Achard sur les embolies pulmonaires, qui ne figuraient pas encore dans les traités de pathologie, et un article général sur l'asphyxie, de Jacquet, qui constitue un heureux complément des affections pulmonaires. La pleurésie a été scindée en un certain nombre de chapitres, répondant à la nature de l'épanchement et à sa cause. A relever également un article vomique, de Dupré, très bon chapitre de séméiologie générale.

Le second volume renferme les maladies de l'appareil circulatoire : les péricardites rédigées par Thoinot, les affections du cœur, par Wurtz, Vaquez. Une bonne innovation est un chapitre général sur les affections valvulaires qui précède la description de chaque lésion isolée. De même, l'histoire des accidents névrocardiaques, comprenant les tachycardies, le pouls lent, la syncope, est faite avec détail, et manquait dans les anciens traités classiques.

Le reste de l'ouvrage est consacré aux maladies des vaisseaux, à la phlébite et aux thromboses, envisagées dans leurs rapports avec les infections microbiennes. Le chapitre relatif aux maladies du sang est dû à la plume compétente de Luzet. H. R.

Traité des maladies de l'estomac, par L. BOUVERET (*Vol. de* 743 *p.*, *Paris*, 1893).

Ainsi que le fait remarquer Bouveret, dans l'introduction de son livre, « l'histoire des affections gastriques sort désormais de cette période qu'on pourrait appeler métaphysique pour entrer définitivement dans une période positive ». On ne saurait se flatter toutefois de présenter actuellement une classification complète des dyspepsies, basée uniquement sur la chimie; Bouveret lui-même, partisan convaincu de l'utilité des recherches chimiques, a été obligé dans son remarquable traité d'adopter une sorte de compromis entre les anciennes classifications fondées surtout sur l'anatomie pathologique et la clinique et la classification nouvelle orientée vers la chimie, c'est-à-dire qu'après avoir décrit certaines entités « chimiques » bien définies, comme l'hyperchlorhydrie, l'hypersécrétion permanente, etc., il consacre un long chapitre à l'étude des gastrites, ce qui l'expose à des redites.

En somme, Bouveret a pris dans les faits nouveaux dévoilés par l'analyse chimique, ceux qui sont, comme l'hyperchlorhydrie, au-dessus de toute contestation, tout en croyant devoir conserver comme entité morbide distincte la « gastrite chronique ».

On pourra objecter qu'il est impossible de déterminer à coup sûr l'existence d'une gastrite, tandis que l'analyse du suc gastrique permet toujours de constater une déviation du type chimique normal; on pourra encore objecter, avec une certaine apparence de raison, que les causes les plus diverses peuvent engendrer la même dyspepsie chimique et qu'il y a là un nouveau motif d'adopter une classification exclusivement chimique, ainsi que l'a fait Georges Hayem dans son livre sur la médication antidyspeptique. Bouveret a visiblement reculé devant l'impossibilité où il se trouvait d'établir un parallélisme entre les faits cliniques, les faits chimiques et les faits anatomiques et s'il y a quelque hésitation dans sa classification, il faut l'imputer non à l'auteur, mais aux imperfections que présentent les méthodes chimiques dans leur application, toute récente encore, à l'étude des dyspepsies.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude des moyens d'exploration de l'estomac et en particulier de l'analyse du suc gastrique. Bouveret passe en revue tous les réactifs colorants, tous les procédés d'analyse qualitative et quantitative, et son exposé est des plus complets tout en étant parfaitement clair et intelligible pour ceux qui ne sont pas familiarisés avec la chimie. Parmi les réactifs colorants, Bouveret reconnaît la plus grande sensibilité au réactif de Günzburg (phloroglucin-vanilline). En ce qui concerne le procédé d'analyse quantitative d'Hayem et Winter, Bouveret formule quelques critiques : d'après lui ce procédé ne permettrait pas la distinction rigoureuse de l'HCl libre et de l'HCl combiné; il ne donnerait avec une exactitude suffisante que l'HCl total. C'est là une opinion à peu près personnelle à l'auteur, car la plupart des chimistes reconnaissent la supériorité de la méthode d'Hayem et de Winter. Bouveret préfère le procédé de Mintz pour doser l'HCl libre, celui de Hehner et Seemann pour le dosage de l'HCl total.

Après cette étude préliminaire Bouveret décrit, avec grand soin, l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion permanente; peut-être pourrait-on lui reprocher d'avoir attribué trop de pages à cette dernière forme de dyspepsie chimique, eu égard à sa rareté relative. Il signale, à juste titre, la fréquence de l'ulcère dans les cas d'hypersécrétion permanente, fréquence plus grande que dans la simple hyperchlorhydrie. Le chapitre consacré à l'ulcère est, à l'heure actuelle, la meilleure monographie que l'on puisse lire au sujet de cette maladie; on en peut dire autant de celui qui traite du cancer.

Après avoir étudié les dyspepsies chimiques qui viennent d'être indiquées, Bouveret passe sans transition à l'étude des troubles de la motilité; il passe sous silence les dyspepsies chimiques décrites par les auteurs sous les noms d'hyperchlorhydries ou d'hypopepsie; il est vrai que plus loin, en traitant des gastrites, il est conduit à les englober dans sa description puisqu'elles se confondent en partie avec le « catarrhe gastrique » des anciens auteurs. Bouveret montre, avec raison, que la dilatation est non pas une maladie distincte, mais une complication ou l'aboutissant d'une affection gastrique antérieure et que, par suite, on ne doit jamais, au point de vue nosologique comme au point de vue thérapeutique, négliger de remonter à sa cause. Il distingue l'atonie de la dilatation, mais sa distinction est trop absolue; il néglige de montrer qu'entre l'atonie et la dilatation il y a de nombreux intermédiaires.

Le chapitre de la gastrite est un exposé fort complet de nos connaissances relatives aux lésions et aux symptômes de cette affection qui pendant longtemps a englobé toutes les dyspepsies.

L'avant-dernière partie de l'ouvrage est consacrée aux névroses de l'estomac et à la dyspepsie nerveuse. Elle sera lue avec intérêt, car c'est la première description méthodique et détaillée qui soit faite de ces troubles dans un ouvrage complet. Elle prête d'ailleurs largement à la critique, mais il nous est impossible de nous étendre à ce sujet. Bornons-nous à signaler le plan adopté par l'auteur dans sa description. Il distingue des névroses de la motilité, de la sensibilité et de la sécrétion, enfin des névroses vaso-motrices. Les premières sont divisées en paralytiques : gastroplégie, incontinence du pylore; en hyperkinésiques : éructation nerveuse, régurgitation, métrycosme, spasme du cardia, du

pylore, gastrospasme, agitation péristaltique, vomissements nerveux. Les névroses de la sensibilité sont réparties en névroses de la sensibilité spéciale : boulimie, polyphagie, parorexie, anorexie nerveuse; de la sensibilité générale : nausées, hyperesthésie, gastralgie, etc. Les névroses de la sécrétion comprennent les névroses par excès : hyperchlorhydrie et hypersécrétion; par défaut : hypochlorhydrie et anachlorhydrie.

On voit ce que présente d'artificiel cette division poussée à l'extrême des symptômes gastriques d'ordre nerveux ; l'auteur est obligé de revenir sur nombre de points déjà effleurés en des chapitres précédents, notamment sur l'hyperchlorhydrie. Quant à la dyspepsie nerveuse proprement dite, Bouveret décrit sous ce nom, purement et simplement, la dyspepsie des neurasthéniques, celle que d'autres auteurs ont désignée du nom d'atonie gastro-intestinale, de dilatation nervo-motrice. Aujourd'hui son existence est des plus contestée; on s'accorde à reconnaître, et Hayem est l'interprète le plus autorisé de cette opinion, qu'il n'existe pas de dyspepsie purement nerveuse, c'est-à-dire sans troubles sécrétoires, et que si l'on ne peut nier l'influence de certains états nerveux sur la genèse de ces troubles, le plus souvent interviennent des causes complexes (écarts de régime, intoxication tabagique, irritation causée par l'usage de certains médicaments, etc.) qui rend singulièrement difficile l'interprétation des prétendus cas de dyspepsie nerveuse.

Le dernier chapitre est consacré à l'étude des troubles digestifs dans les diverses maladies infectieuses et dyscrasiques.

Tel est le plan du traité de Bouveret; cet ouvrage présente de nombreuses imperfections qui se justifient par les difficultés du sujet et l'incertitude des médecins au sujet de la classification à adopter; ce n'en est pas moins une œuvre considérable qui contient nombre de vues originales, qui témoigne d'une profonde érudition et dont la lecture est indispensable à tous ceux qui veulent avoir une opinion exacte sur l'évolution actuelle des idées concernant la pathologie de l'estomac. LYON.

Traité des maladies du sang, par LABADIE-LAGRAVE (*Paris*, 1893).

L'hématologie est actuellement devenue une branche assez importante de la clinique, pour que l'auteur ait cru devoir lui consacrer un volume entier, sous forme d'un traité dogmatique. L'ouvrage débute par des préliminaires d'hématologie normale, indispensables pour bien comprendre et l'anatomie pathologique des maladies du sang et leur clinique; car ici, grâce à la technique, on peut avoir sous les yeux la lésion même du vivant du malade. Le sang est envisagé tout d'abord comme un tissu et ses éléments figurés sont décrits successivement, avec les appareils qui servent à les étudier ; l'auteur passe ensuite à l'exposé de la formation du sang, c'est-à-dire sa coagulation. Il emprunte à Hayem la plupart de ses théories et fait de larges emprunts à son magistral ouvrage, sans cependant négliger la critique des autres hématologistes.

La partie pathologique comporte successivement l'étude des anémies simple et secondaire, non liées à la mégalosplinie, puis celle des lésions du sang qui se lient à une lésion macroscopique des organes lymphoïdes les parasitémies et enfin les toxémies.

Le chapitre de l'anémie envisagé en général rajeunit et met au point la classification proposée naguère par G. Sée. Il est suivi de chapitre sur la pléthore, la leucocytose, les altérations encore peu connues du plasma et du sérum. Viennent ensuite l'anémie post-hémorragique, l'anémie des enfants et des nourrissons et un long exposé de la chlorose. Des chapitres sur l'anémie pernicieuse progressive et sur les altérations du sang dans les cachexies terminent cette partie.

Les anémies avec splénomégalie sont précédées d'une étude anatomique et physiologique sur la rate et d'un chapitre de séméiologie sur la mégalosplénie. L'anémie splénique primitive, l'anémie infantile pseudo-leucémique de Luzet et von Jaksch, la leucocythémie, l'adénie viennent ensuite.

A propos des parasitémies, l'auteur a cru devoir faire entrer dans le cadre de son ouvrage, certaines maladies où le parasite bien connu a pour habitat nécessaire le liquide sanguin : ce sont la fièvre récurrente et le paludisme. Au sujet de ce dernier, les recherches de Laveran, Colin, Kelsch et Kiener ont été mises à profit.

Viennent ensuite les chapitres : toxémies, hémoglobinurie, hémophilie, purpura et scorbut. Au sujet de ces dernières maladies, l'auteur croit devoir les décrire ici, car elles constituent entre les maladies du sang proprement dites, et les dyscrasies qui terminent le volume, une transition naturelle. Les dyscrasies qu'il décrit comprennent la scrofule, le myxœdème, l'acromégalie, l'ostéopathie hypertrophiante pneumique, l'ostéite de Paget, la maladie d'Addison. C. LUZET.

Monoplégie par lésion capsulaire, par PITRES (*Arch. clin. de Bordeaux, janvier* 1893).

Peintre de 36 ans, atteint antérieurement de coliques de plomb, d'insomnie et de délire. Dix jours avant son admission (oct. 1885), début brusque d'une paralysie de la main gauche, sans perte de connaissance. Bientôt marche embarrassée et impotence fonctionnelle de la jambe gauche : finalement hémiplégie gauche flasque, avec sensation subjective de froid dans les membres paralysés, exagération du réflexe rotulien, sensibilité conservée. Guérison de la paralysie en deux mois. Plus tard, paralysie saturnine des extenseurs, qui guérit : mais la jambe gauche reste roide et contracturée.

Le malade meurt en 1891 d'urémie. A l'autopsie, foyer de ramollissement dans le segment frontal de la capsule interne droite, près de la couronne rayonnante. H. R.

Case of cerebral hœmorrhage in calloso-marginal fissure, with anœsthesia, par Thomas CHURTON (*Trans. of the med. Soc. of London, vol. L, p.* 230).

Femme de 66 ans, hémiplégique à droite depuis trois jours et offrant une anesthésie partielle caractéristique, limitée à la partie dorsale du pied gauche. Les accidents étaient survenus brusquement, par un engourdissement de la jambe gauche et bientôt après par une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit, sans aphasie. Bientôt survint de la phlébite, une thrombose pulmonaire avec hémoptysies, puis la mort.

L'autopsie fit voir *a*) dans l'hémisphère gauche, un kyste séreux occupant la place de la pariétale ascendante. Un caillot circonscrit à la partie externe de la couche optique *b*) dans l'hémisphère droit, un foyer hémorragique très petit, localisé dans la scissure calloso-marginale. C'est à cette lésion qu'il

faut imputer l'anesthésie limitée au dos du pied. Suivent des considérations physiologiques sur cette variété rare de localisation cérébrale. H. R.

Zur Localisation der Aphasien, par **J. LEVA** (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXXII*, 2).

1° Homme de 26 ans qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie, présentait une aphasie totale. Au bout de quelque temps, une partie des troubles primitifs disparurent, sauf une aphasie sensorielle, caractérisée par la compréhension défectueuse du langage parlé, par l'expression défectueuse de la parole, par l'incapacité de lire, d'écrire aussi bien sous dictée qu'en copiant. Il savait répéter les mots qu'il entendait et parler volontairement. A l'autopsie, pratiquée trois mois après le début de la maladie, on trouva une lésion circonscrite à la partie moyenne de la première circonvolution temporale gauche et comprenant sur une étendue de 2 millimètres, la deuxième circonvolution temporale gauche.

Le centre de l'écriture et de la lecture c'est-à-dire des caractères graphiques, semble donc siéger dans la partie moyenne de la première circonvolution temporale.

2° Destruction de la troisième circonvolution temporale et de la portion inférieure de la deuxième circonvolution temporale, sans que le malade présentât nul trouble aphasique.

3° Aphasie motrice, mais le malade comprend le langage parlé, écrit bien. Foyer jaune dans l'écorce de la troisième circonvolution frontale et de la frontale ascendante gauches.

4° Aphasie sensorielle produite par la destruction d'une portion, sur une étendue de 2 centimètres de l'extrémité postérieure de la première circonvolution temporale et de la partie avoisinante du lobule de l'insula.

Enfin, Leva cite trois autres cas où il y avait dans le noyau lenticulaire gauche un foyer destructif s'étendant plus ou moins loin vers l'écorce cérébrale et le lobule de l'insula. La lésion avait produit l'aphasie dans les trois cas, mais elle était motrice dans les deux premiers et totale dans le troisième cas. ÉD. RETTERER.

Functional ophthalmoplegia with general paralysis in young women, par **C. W. SUCKLING** (*Brit. med. j.*, *p.* 634, 25 *mars* 1893).

Suckling attire l'attention sur deux cas d'ophtalmoplégie observés chez de jeunes femmes et accompagnée de parésie motrice généralisée. Chez ces deux malades, l'impotence fontionnelle est telle, que quelques pas les fatiguent et que la marche est presque impossible ; elles ne peuvent étendre les bras ni les placer sur leur tête, les mouvements des globes oculaires sont très réduits, il existe du nystagmus et de l'ophtalmoplégie externe avec diplopie et strabisme. Toutes deux ont de la difficulté à parler et de la fatigue rapide dans l'articulation des mots, la déglutition et la mastication sont embarrassées.

L'affection a débuté graduellement il y a trois ans : jamais il n'y a eu de convulsions ni d'accès hystériformes, ni de troubles de la sensibilité. L'une des malades a présenté des crises laryngées qui semblent en rapport avec de la paralysie des muscles abducteurs.

L'auteur croit qu'il s'agit là d'une maladie fonctionnelle intéressant le bulbe et voisine du goître exophtalmique ; il rapproche ces cas de ceux qu'a signalés Bristowe dans ses leçons cliniques. H. R.

Étude pathogénique des ramollissements du cervelet, par **L. D'ASTROS** (*Marseille médical*, *n*os 9 *et* 10, 1893).

Les ramollissements du cervelet sont rares, car les thromboses des

artères cérébelleuses sont peu fréquentes et les embolies exceptionnelles. D'ailleurs ces artères s'anastomosent largement entre elles et avec les artères du bulbe et des pédoncules. Les ramollissements du cervelet sont de deux ordres :

1° Petits ramollissements du centre de l'organe, dus à l'oblitération des petites artères terminales qui, nées du réseau superficiel, s'enfoncent dans l'organe ;

2° Grands ramollissements, qui nécessitent soit l'oblitération de plusieurs artères cérébelleuses, soit l'oblitération des artères vertébrales ou basilaires. Dans ce dernier cas, il existe souvent des troubles de circulation et, par suite, des lésions de la protubérance et du bulbe. Les symptômes de ramollissement de ces organes masquent alors en général ceux qui sont dus aux lésions cérébelleuses. LEFLAIVE.

Notes sur les paralysies systématiques, par Ch. FÉRÉ (*C. R. de la Société de biologie*, 15 *avril* 1893).

Pour démontrer l'existence de la systématisation d'une paralysie d'un mouvement adapté, il faut montrer par des mesures l'intégrité des mouvements non adaptés des muscles en jeu au point de vue de leur énergie, de leur vitesse, de leur précision.

Cette démonstration fait défaut. Les mesures pratiquées par Féré montrent au contraire les perturbations qui existent à cet égard dans le jeu des instruments, pour quelques-uns des cas improprement rangés dans les paralysies systématiques, aphasie, agraphie, impotence des sourds-muets, astasie-abasie. DASTRE.

Lésion spinale unilatérale impliquant le trijumeau, par STIEGLITZ (*Neurol. Centralbl.*, 1er *mars* 1893).

Homme de 49 ans, présentant les symptômes suivants : anesthésie, analgésie et rougeur de la moitié droite de la face, paralysie motrice des membres du côté droit, avec perte du sens musculaire ; hyperesthésie de tout le côté droit au-dessous de la face, paralysie droite du diaphragme, pupilles étroites, la droite plus contractée que la gauche. La moitié gauche du corps sauf la face, est anesthésique ; les réflexes rotuliens diminués. Le début des accidents avait été brusque en pleine santé, sans perte de connaissance. Au bout de trois mois, les désordres moteurs et sensitifs avaient disparu, sauf un certain degré d'ataxie des membres inférieurs.

En raison de l'hémiparaplégie croisée du mouvement et de la sensibilité, Stieglitz localise la lésion dans la moitié droite de la moelle, en un point intéressant la racine ascendante du trijumeau. Comme le nerf auriculaire était intact à droite, et intéressé à gauche, il y a lieu de localiser le siège du mal entre la première et la troisième paire cervicales. L'auteur pense que la lésion a été une embolie de l'artère spinale postérieure correspondante. H. R.

Contribution à l'étude de la syringomyélie, par J. HOFFMANN (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, III, p.* 1.

Cet important travail contient 18 observations personnelles dont plusieurs avec autopsie. En s'appuyant sur celles-ci l'auteur étudie d'une

façon très complète la syringomyélie tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Dans cette affection il y a assez souvent inégalité pupillaire, lenteur de la réaction des pupilles soit à la lumière, soit à l'accommodation ; quelquefois rétrécissement de la fente palpébrale, plus rarement rétraction et atrophie du globe oculaire. Dans 9 cas personnels où le rétrécissement du champ visuel a été recherché, Hoffmann n'a pu le constater. Le strabisme et le nystagnus sont rares, quelquefois ils sont d'origine congénitale. Après une discussion très fournie d'arguments, l'auteur conclut que la maladie de Morvan n'est autre chose que la syringomyélie.

Dans un de ses cas il y avait concomitance de syringomyélie et de chorée chronique.

Pour lui le point de départ du processus syringomyélique consiste, dans la plupart des cas, en une anomalie congénitale de développement; cette anomalie peut consister en une dilatation du canal central, en une hydromyélie, mais cela n'est nullement nécessaire. Le processus morbide prenant généralement naissance dans la région postérieure de la paroi du canal central et dans les vestiges d'éléments embryonnaires restés en arrière de ce canal on comprend que les lésions de la syringomyélie (gliose et vacuolisation consécutive) frappent surtout le segment postérieur de la moelle. L'altération des racines postérieures, quand elle existe, est surtout produite au niveau de leur épanouissement dans la pie-mère.

Il existe tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, des différences notables entre la gliose primitive des centres nerveux et la syringomyélie.

Hoffmann résume dans le tableau suivant les différents états cavitaires ou gliomateux de la moelle :

1° *Hydromyélie*; évolution latente ou tout au moins avec des symptômes qui nous sont inconnus.

2° *a*) *Gliose médullaire primitive* (centrale) avec ou sans hydromyélie.

α) sans formations cavitaires (sclérose épendymaire, myélite péri-épendymaire, myélite centrale).

β) avec formation de fentes ou de cavités (myélite cavitaire.)

C'est à ce groupe qu'appartiennent presque tous les cas décrits sous le nom de syringomyélie.

3° *b*) *Gliomatose centrale* avec ou sans formation de fentes ou de cavités a une symptomatologie mal définie.

L'auteur fait remarquer que dans cette classification il ne tient pas compte, intentionnellement, des sarcomes et des gliomes circonscrits siègeant en un point de la moelle.

De nombreuses figures représentant des malades et des pièces anatomiques accompagnent ce travail. PIERRE MARIE.

Deux cas singuliers de maladie de Friedreich, par E. ROSSI (*Il Manicomio moderno, VIII, 2 et 3, p.* 238).

L'auteur insiste sur ce que, dans ces deux cas, l'hérédité faisait défaut. Dans un des cas, l'autopsie a pu être faite et a montré l'existence d'un processus inflammatoire à marche lente dans toute l'étendue du système

nerveux depuis le cerveau et le cervelet jusques et y compris les nerfs périphériques. Ce mémoire contient un grand nombre de citations bibliographiques. PIERRE MARIE.

Du vertige des ataxiques. Signe de Romberg, par J. GRASSET (*Arch. de neurol., janvier et mars* 1893).

Grasset rapporte l'observation d'un homme atteint de tabes exclusivement moteur à incoordination précoce, développé, sans syphilis antérieure, chez un surmené des jambes avec une hérédité nerveuse. Ce malade, qui n'avait pas d'anesthésie plantaire, et chez lequel le sens musculaire n'offrait pas d'altération appréciable, ne pouvait cependant garder l'équilibre sans être soutenu quand il fermait les yeux. Grasset cherche à démontrer, à ce propos, que le signe de Romberg doit être mis en dehors du groupe des désordres fonctionnels tenant au sens musculaire et qu'il doit être rangé dans celui des vertiges. Pour le prouver, il s'appuie sur ce que l'ataxique aveugle marche souvent mieux que celui qui y voit ; sur ce que les effets sont tout différents lorsqu'on fait fermer les yeux à l'ataxique et lorsqu'on l'empêche par un artifice quelconque de regarder ses pieds ou même le sol ; sur ce que le signe de Romberg peut exister lorsque ce sens musculaire n'est pas altéré, comme dans le cas actuel ; enfin, sur ce que le signe de Romberg peut manquer, alors que le sens musculaire est profondément altéré. Sans nier que la perte ou l'altération du sens musculaire ait une action sur la marche ou la station, les yeux étant fermés, Grasset considère donc que là n'est pas la théorie physiologique de ce symptôme et que celui-ci est un trouble à part, distinct des altérations de la sensibilité musculo-tactile, un vertige particulier de l'ataxie locomotrice. DESCOURTIS.

Maladie de Basedow et tabes. Observations avec autopsie, par JOFFROY et ACHARD (*Arch. de méd. exp., V*, 3).

Cliniquement, il y avait chez la malade association manifeste des signes du tabes classique et de la maladie de Basedow, encore que les phénomènes révélateurs de cette dernière fussent ébauchés. Au point de vue anatomique, les lésions tabétiques étaient ordinaires, mais la région bulbaire n'offrait aucune lésion tabétique spéciale qui pût permettre au tabes d'emprunter le masque du goître exophtalmique. Il s'agissait d'une simple association. Il est à noter que l'association peut se faire en sens inverse, l'affection exophtalmique étant prédominante ; d'autre part, ces associations ne sont pas rares entre affections nerveuses, la sclérose en plaques et l'hystérie par exemple. Dans le cas présent, la glande thyroïde à peine accessible pendant la vie, se montrait scléreuse à l'autopsie ; ceci confirme le point de départ thyroïdien du syndrome de Basedow. GIRODE.

Ueber die Muskelatrophie bei der cerebralen Hemiplegie (Sur l'atrophie musculaire dans l'hémiplégie cérébrale), par A. STEINER (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, III, p.* 280).

L'auteur s'efforce de tracer les principaux caractères de l'atrophie musculaire des hémiplégiques grâce à l'étude de 18 observations (dont une personnelle) dans lesquelles ce phénomène s'était montré.

Cette amyotrophie se montre dans un espace de temps variant de deux jours à huit semaines. Elle occupe de préférence le côté gauche du corps, est surtout marquée aux petits muscles des mains et au deltoïde, mais peut aussi atteindre un membre entier ou un segment de membre, respecte

ordinairement le tronc et les membres inférieurs; quand l'hémiplégie guérit elle disparaît. Dans sa production la localisation de la lésion et sa nature importent peu, l'essentiel est que le faisceau pyramidal soit atteint en un point de son trajet.

Les nerfs périphériques ne sont généralement pas altérés, les muscles présentent des lésions d'atrophie simple, plus rarement d'atrophie dégénérative.

Cette amyotrophie serait due à un trouble dans l'action trophique générale des centres supérieurs.

On trouvera dans ce travail un exposé détaillé des différentes opinions émises sur la nature et le mode de production de l'atrophie musculaire des hémiplégiques. PIERRE MARIE.

Contribution à l'étude des localisations cérébrales, par C. EISENLOHR (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk, III,' p.* 260).

A propos de deux cas d'atrophie musculaire chez des hémiplégiques, suivis d'autopsie, l'auteur examine d'une part les altérations des muscles qui dans l'un de ces cas étaient particulièrement nettes. Il n'y avait pas d'altérations de la substance grise médullaire. Mais dans les deux cas le foyer cérébral intéressait la couche optique. A cette occasion Eisenlohr, tout en faisant des réserves, rappelle qu'un certain nombre de cas semblent donner raison à l'opinion exprimée par Borgherini, d'après laquelle les lésions de la couche optique joueraient un rôle important dans la production de l'atrophie musculaire précoce des hémiplégiques. Cette atrophie pourrait d'ailleurs se montrer aussi à la suite des lésions purement corticales.

Les altérations des couches optiques comptent également dans leur symptomatologie différents troubles de la mimique, mais non d'une façon constante.

Elles peuvent aussi s'accompagner des douleurs névralgiques des extrémités décrites par Edinger, mais ces douleurs sont loin d'exister dans tous les cas.

Ce travail est accompagné de figures. PIERRE MARIE.

Sur l'atrophie musculaire précoce chez les hémiplégiques et sur le pouls lent permanent, par Pietro GUIZZETTI (*Rivista sper. di Freniatria, XIX,* 1, *p.* 17).

L'auteur, a propos d'une observation de ce genre avec autopsie dont il donne la relation détaillée, arrive aux conclusions suivantes :

Parmi les cas d'atrophie musculaire précoce, chez les hémiplégiques, il y en a qui dépendent d'une altération de la corne grise antérieure du côté paralysé. Dans le cas qui fait l'objet de ce travail, l'atrophie musculaire était de nature dégénérative et avait une distribution ascendante. Dans ce cas on ne pouvait complètement exclure l'existence d'une influence trophique corticale, mais cependant celle-ci devait s'exercer sur la corne grise antérieure et non directement sur les muscles. Il y a des cas d'atrophie musculaire tardive chez les hémiplégiques dépendant de lésions de la corne grise antérieure dans lesquels les altérations des cellules de la corne antérieure sont si légères qu'elles pourraient être méconnues et alors l'atrophie musculaire serait considérée comme d'origine corticale.

A propos du pouls lent permanent constaté chez son malade, l'auteur conclut que le pouls lent permanent dépendait dans ce cas d'une altération bulbaire de nature probablement dynamique, et que, suivant toute vraisemblance, cette altération bulbaire siégeait au niveau des centres d'arrêt. PIERRE MARIE.

Etude clinique sur les relations de l'atrophie musculaire progressive de l'adulte avec la paralysie infantile, par GRANDON (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint de paralysie infantile à l'âge de 2 ans, et qui avait conservé une atrophie d'un certain nombre de muscles des deux jambes.

A l'âge de 37 ans, il éprouva dans l'épaule et le bras droits des fourmillements, des secousses. Le membre s'amaigrit peu à peu.

A 38 ans, mêmes phénomènes à gauche.

L'auteur admet que cette atrophie musculaire diffère du type Aran-Duchenne; que l'on n'est pas en droit de regarder comme prouvée la relation de cause à effet, entre la paralysie infantile et l'atrophie de l'adulte; que le froid est la cause occasionnelle la plus fréquente de l'atrophie, et que le surmenage d'un groupe musculaire détermine la localisation de l'atrophie.

Le plus souvent les malades sont des hérédo-nerveux. H. L.

Un cas de scoliose dans une myopathie primitive atrophique, par SACAZE (*Arch. de neurol., mai* 1893).

Garçon, 16 ans, ayant des antécédents héréditaires névropathiques et arthritiques. Une atrophie musculaire familiale avait déjà frappé des membres de trois générations successives. Lui-même présentait de la faiblesse des membres inférieurs dès l'âge de 7 ans. Vers cette époque, il est tombé dans une flaque d'eau, a eu froid, et les membres supérieurs ne tardèrent pas à être pris. L'atrophie envahit d'abord les membres, puis, peu à peu, le corps tout entier. Signe particulier : on observe une scoliose très marquée, attribuée à une altération trophique des vertèbres, de même nature probablement que la lésion musculaire. Sacaze écarte l'hypothèse du rachitisme et d'ostéomalacie dans cette observation qui permet de considérer les divers types d'atrophie musculaire familière comme des affections névropathiques, de les mettre un peu en parallèle avec le tabes, la maladie de Friedreich, la sclérose en plaques, etc. DESCOURTIS.

Sur des crampes musculaires à localisation peu ordinaire avec hypertrophie des muscles atteints, par Fr. SCHULTZE (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, III, p.* 231).

Chez un premier malade (21 ans) les crampes se sont montrées au moment où il a quitté l'école, elles siègent des deux côtés, surtout sur le tenseur du fascia lata, quelquefois aussi sur le quadriceps fémoral et sur le droit abdominal. Il existe une hypertrophie des deux tenseurs du fascia lata. Les crampes étaient déterminées surtout par les violents efforts musculaires ou par la fatigue ; aussi par l'action de se relever de la position couchée à la position assise. Réflexes rotuliens faibles; pas de paralysie, pas de gêne des mouvements.

Le second malade est âgé de 18 ans, et semble avoir eu la crampe des écrivains étant à l'école; il est atteint d'une flexion des doigts et du carpe du côté droit ayant subi une augmentation progressive depuis un an et demi. Il

existe en outre une hypertrophie considérable des muscles de l'éminence hypothénar droite et des fléchisseurs de l'avant-bras dans la région cubitale (surtout muscle cubital, grand palmaire et probablement moitié interne des fléchisseurs des doigts. Pas de paralysie, pas de mouvements fibrillaires; pas de troubles de la sensibilité, amélioration de la contracture pendant son séjour à l'hôpital.

Schultze rejette l'hypothèse qu'il puisse s'agir là d'une manifestation hystérique et reconnait qu'on ne peut se faire une idée précise de la nature et du siège de l'affection chez ces deux malades. PIERRE MARIE.

Des neurasthénies locales, par P. WEILL (*Thèse de Nancy*, 1892).

Travail inspiré par Bernheim. L'auteur divise les neurasthénies locales en périphériques et viscérales. Les neurasthénies locales périphériques ont comme symptôme dominant la douleur qui peut persister sans raison à la suite des névralgies, des traumatismes même légers; elles peuvent notamment simuler les fameuses arthralgies et « douleurs rhumatismales » dont se plaignent tant de malades qui ne sont que des névropathes. Cette douleur de la neurasthénie locale présente d'ailleurs des caractères spéciaux sur la description desquels insiste Weill.

La neurasthénie locale viscérale est celle qui se manifeste dans les troubles de l'estomac ou de l'intestin, de l'action cardiaque, de la respiration, des fonctions génitales, etc.

Au point de vue de la pathogénie, la neurasthénie locale est constituée par un ou plusieurs troubles sensitifs ou fonctionnels greffés sur une lésion organique guérie ou légère ou sur une cause fortuite dont le retentissement seul persiste. L'autosuggestion étant l'élément principal de la production de la neurasthénie locale, on devra dans le traitement donner une large part à la suggestion thérapeutique sous toutes les formes. PIERRE MARIE.

Valeur séméiologique de l'anesthésie de l'arrière-gorge et de l'épiglotte comme stigmate de l'hystérie, par MOSSÉ (*Midi méd.*, 16 *avril* 1893).

Contrairement à l'opinion assez généralement adoptée et d'après les résultats de l'observation d'un grand nombre de malades, névropathes et autres, Mossé conclut que l'anesthésie du voile du palais, du pharynx ne constitue pas un signe qui ait une valeur séméiologique absolue pour le diagnostic de l'hystérie. Beaucoup d'hystériques conservent la sensibilité normale, d'autres malades non suspects de nervosisme présentent cette anesthésie.

Mes observations personnelles confirment l'assertion de Mossé.

A. CARTAZ.

Hystérie mâle d'origine toxique et folie des actes, par R. BRUGIA (*Il Manicomio moderno, VIII*, 2 *et* 3, *p.* 311).

Histoire détaillée d'un hystérique mâle chez lequel les premiers symptômes de l'affection seraient survenus à la suite de l'ingestion accidentelle d'essence d'amandes amères (aldéhyde benzoïque) à l'âge de 8 ans. Toute la vie de ce malade telle que la relate l'auteur est un véritable type d'instabilité mentale; à ce propos, l'auteur entre dans un certain

nombre de considérations sur l'hystérie mâle et sur l'état psychique des hystériques. PIERRE MARIE.

Sclérose latérale amyotrophique ou amyotrophie hystérique ? difficultés de diagnostic, par CHARCOT (*Arch. de neurol., mars* 1893).

Homme, 31 ans, remarque pour la première fois, le 11 janvier dernier, alors qu'il était au bain, que son membre inférieur gauche, cuisse, jambe et pied, ces deux derniers segments surtout, avaient considérablement diminué de volume. Il n'avait éprouvé antérieurement ni gêne, ni trouble de la sensibilité dans ce membre. Cette constatation provoqua peu après une crise de nerfs. Examiné huit jours plus tard, on constata chez ce malade une atrophie d'origine récente ou relativement récente, qui portait sur les muscles du pied, de la jambe, de la cuisse et de la fesse, avec prédominance à la jambe. Il semble qu'il existe un certain degré de spasme dans les muscles extenseurs des orteils. La coloration, la température et la sensibilité du membre sont intactes. Contractions fibrillaires considérables des muscles atrophiés. Réflexes rotuliens très exagérés, à droite et à gauche. Pas trace de trépidation spinale; aucun trouble de la motilité. Réactions électriques normales. Deux hypothèses se présentent, ou bien sclérose latérale amyotrophique de date récente, anormale à beaucoup d'égards, mais d'un pronostic fatal, ou bien lésions purement dynamiques, tributaires de l'hystérie, d'un pronostic infiniment plus favorable. En effet, le malade est un prédisposé héréditaire et il a eu deux crises parfaitement caractérisées de petite hystérie qui permettent d'affirmer chez lui l'existence de cette maladie, même en l'absence de stigmates permanents.

Or, les amyotrophies hystériques sont aujourd'hui bien connues et, dans le cas particulier, l'absence de réaction de dégénérescence dans les muscles atrophiés, avec conservation presque totale de la force musculaire, seraient en faveur de cette dernière hypothèse.

DESCOURTIS.

Contribution au diagnostic différentiel entre l'hystérie et les maladies organiques du cerveau, par GHILARDUCCI (*Arch. de Neurol., novembre* 1892 *et janvier* 1893.

Les observations rapportés par Ghilarducci sont intéressantes par la gravité des symptômes et par les difficultés que présentait le diagnostic. Elles concernent quatre cas d'hystérie à forme d'épilepsie partielle, un cas d'apoplexie hystérique et un cas d'hémiplégie hystérique ayant des caractères qui n'appartiennent pas généralement à l'hémiplégie hystérique. On a dû, pour arriver au diagnostic, s'appuyer sur des considérations ayant trait au développement, à la filiation des accidents et à leur évolution; aux caractères spécifiquement hystériques de quelques-uns d'entre eux; à l'absence des phénomènes persistants des maladies organiques; à l'état mental des malades. Ghilarducci insiste sur ce fait que dans le diagnostic entre l'hystérie et les maladies organiques, il ne faut pas se contenter d'envisager les symptômes, mais il faut les interpréter, en étudiant leur rapport avec l'état mental des malades. DESCOURTIS.

Etude sur la paralysie faciale hystérique, par GARNIER (*Thèse de Paris*, 1893).

Ce travail est un bon résumé des travaux parus sur la paralysie faciale hystérique. Cette paralysie est beaucoup plus rare que le spasme glosso-

labié; elle ne survient en général que dans des formes rares, chez des hommes, et après quarante ans. Le plus souvent elle s'accompagne d'hémiplégie et d'hémianesthésie du même côté.

Elle se distingue en général des paralysies de cause organique par la systématisation des troubles parétiques, leur caractère léger et l'existence fréquente d'un spasme de l'autre côté de la face.

Le diagnostic est parfois très difficile avec certaines paralysies fonctionnelles congestives (migraine ophthalmique, athérome, etc.); il se fait surtout par les antécédents, les stigmates hystériques et aussi les résultats du traitement; cette paralysie d'ailleurs peut être tenace. H. L.

Un cas singulier de l'hystérie mâle, par POPOW (*Arch. de neurol., mai* 1893).

Paysan, 21 ans, bien constitué. Lorsqu'il est couché tranquillement, ses membres inférieurs sont dans un tremblement continu, régulier et rythmique, très rapide, à amplitudes courtes, et qui s'accroît quand le malade se sent observé ou quand il se tient debout. Il ne peut marcher qu'en s'appuyant sur deux hommes, en trépignant et perdant facilement l'équilibre. Augmentation de l'irritabilité mécanique des muscles ; diminution de la force musculaire; anesthésie incomplète de la paroi inférieure du corps. Rétrécissement du champ visuel. La maladie, caractérisée par ce tremblement, se manifeste sous forme d'attaques d'un genre assez uniforme, qui persistent pendant deux semaines, pour disparaître brusquement. DESCOURTIS.

L'amnésie hystérique, par Pierre JANET (*Arch. de neurol., janvier* 1892).

Les amnésies hystériques sont très fréquentes et présentent une analogie marquée avec les anesthésies hystériques. D'un côté comme de l'autre, il n'y a pas une véritable destruction des phénomènes psychologiques élémentaires, des sensations ou des images; il n'y a toujours qu'une impuissance, une insuffisance du pouvoir centralisateur. C'est toujours une perception personnelle, incapable de rattacher tous les éléments à l'ensemble de la personnalité; tantôt elle néglige des images comme au hasard, elle laisse se produire des amnésies vagues et continuelles; tantôt elle semble ne négliger que certaines images déterminées, ayant des caractères particuliers, et l'on voit naître alors les plus curieuses amnésies localisées. Quant à la raison qui détermine ces localisations particulières de l'amnésie, elle peut, dans certains cas, être trouvée dans les anesthésies qui surviennent à ce moment, et mieux dans les variations de la sensibilité consciente. DESCOURTIS.

Sur trois cas de monoplégie brachiale hystérique, par Kimosuke MIURA (*Arch. de neurol., mai* 1893).

Miura rapporte trois observations sur lesquelles s'est appuyé Charcot dans ses leçons pour décrire la monoplégie hystérique.

1° Homme, 37 ans, charretier, antécédents héréditaires névropathiques, pas d'antécédents personnels, est frappé de monoplégie brachiale flasque à la suite d'une émotion vive. Il a vu son neveu se broyer le bras, subir l'amputation de ce bras et succomber enfin aux suites de l'accident. Or, quatre jours après, il présente lui-même une monoplégie brachiale du côté où, deux ans auparavant, il avait eu la clavicule fracturée, fracture longue à guérir, mal soignée au début, compliquée de suppuration, d'esquilles, d'in-

tervention chirurgicale... Fait particulier, la sensibilité de la peau est conservée dans tous ses modes et le sens musculaire est intact ;

2° Homme, 53 ans, peintre, sans antécédents héréditaires, a eu à deux reprises des attaques de coliques saturnines. Après avoir éprouvé des chagrins et travaillé six nuits de suite, il est pris en plein travail d'une sensation de vertige, de tremblement général, de faiblesse du bras droit, et le lendemain ce bras pend inerte le long de son corps, avec fourmillements dans la main. Anesthésie classiquement limitée, rétrécissement permanent du champ visuel, dyschromatopsie, absence du réflexe pharyngien, etc. Dès le début de la paralysie, on observe un hémispasme facial du côté gauche accompagné d'un scotome scintillant de l'œil correspondant, puis des accès de migraine ophthalmique qui ont duré plus de six semaines. Chez ce malade, comme chez le précédent, traitement surtout psychique ;

3° Homme, 43 ans, manouvrier, sans antécédents héréditaires ou personnels, avait été d'abord ajusteur-mécanicien, puis avait travaillé à enfourner des briques, exposé à une chaleur de 60 à 80° pendant douze heures par jour. Au bout de deux ans, faiblesse générale, puis symptômes caractéristiques de sclérose en plaques : titubation, démarche oscillante ; parole scandée et lente, tremblement intentionnel des deux mains, nystagmus ; atrophie blanche de la papille ; troubles urinaires, miction difficile ; réflexe rotulien un peu brusque, mais pas de trépidation, pas de paralysie spasmodique. La sclérose en plaques existait déjà depuis cinq ans, quand il reçut sur l'épaule gauche le choc violent d'une persienne qui s'était détachée d'un troisième étage. Perte de connaissance, paralysie immédiate du membre supérieur gauche et anesthésie correspondante, celle-ci envahissant même la moitié de la tête, du cou et du thorax. Rétrécissement du champ visuel à gauche, achromatopsie, atrophie de la papille, enfin réaction de dégénérescence dans certains muscles atrophiés, sous-épineux et deltoïdes. En somme, sclérose en plaques avec monoplégie hystérique et lésion traumatique du plexus brachial correspondant.

Ces trois observations portent à trente et un le nombre des cas connus de monoplégie hystérique flasque ; vingt-trois appartiennent à des hommes et huit à des femmes. La plupart exerçaient des métiers rudes, présentaient de l'hérédité nerveuse et des antécédents nerveux personnels. Le traumatisme a été l'agent provocateur le plus fréquent. Le saturnisme s'est rencontré dans six cas. La période de méditation a été en moyenne de trois jours, l'anesthésie était la règle, sauf dans un cas ; l'atrophie musculaire du membre paralysé a été notée dans le tiers des cas ; stigmates divers de l'hystérie. Traitement psychique, électricité, massage et hydrothérapie. DESCOURTIS.

De la sensibilité colorée, par LE DANTEC (*Arch. de méd. navale, août* 1893).

La sensibilité colorée est la transformation d'un phénomène de la sensibilité générale non différenciée en un phénomène de sensibilité spéciale différenciée.

Ce phénomène se rencontre d'une façon remarquable chez les hystériques anesthésiques, mais la couleur du spectre varie suivant le genre d'excitation, les individus, le membre excité, et le degré de coloration proportionnel au degré de l'excitation : il est plus intense dans l'œil correspondant au côté excité, de sorte qu'un malade anesthésique peut dire, les yeux fermés, de quel côté porte l'excitation.

Le signe de la sensibilité colorée, ou signe du spectre, est caractéris-

tique d'une anesthésie essentielle, *sine materiâ*, comme cela a lieu dans l'hystérie anesthésique, ce qui pourrait permettre un diagnostic précis entre une lésion organique et une lésion essentielle : ce signe pourra être surtout utile dans le diagnostic de névrites périphériques.

Certains phénomènes pathologiques, comme les aura sensorielles de l'épilepsie partielle (visions colorées, phosphènes), comme la vision colorée scintillante de la migraine ophtalmique, rentrent probablement dans la catégorie des phénomènes de la sensibilité colorée. Le phénomène du spectre peut s'expliquer par la transmission de l'excitation périphérique au centre de la sensibilité générale d'abord, puis par irradiation au centre de la vision qui doit être dans le voisinage. MAUBRAC.

De la maladie des tics. Tics, chorée, hystérie; diagnostic, par CHABBERT (*Archiv. de neurol., janvier* 1893).

La maladie des tics a été bien étudiée par Charcot, Gilles de la Tourette et Guinon. Mais, si la maladie est une, la plupart des signes qui la caractérisent sont inconstants et variables. On en trouve la preuve dans les quatre observations personnelles citées par Chabbert : les deux premières se rapportent à des tics localisés; la troisième est un exemple typique de la forme généralisée; la quatrième tire surtout son intérêt des difficultés que présentait le diagnostic.

Sous la dénomination de maladies des tics, il convient, d'après Chabbert, de comprendre non seulement les cas dans lesquels les mouvements involontaires sont généralisés, mais aussi ceux où les spasmes sont tout à fait localisés. Ces derniers, pareillement, peuvent se réclamer du traumatisme, de l'hérédité, et donner lieu à la coprolalie, aux tics de la pensée. Les caractères distinctifs de la maladie des tics sont tirés du début de l'affection, de son évolution, des qualités du mouvement et des troubles nerveux. Elle se manifeste dans le jeune âge. Elle présente comme qualités du mouvement : la rapidité, la systématisation, la coordination, l'arythmie. L'écholalie, l'échocinésie, la coprolalie, les tics de la pensée peuvent se trouver réunis chez le même individu, mais ils se montrent le plus souvent isolés. DESCOURTIS.

Paralysie agitante et hystérie, par CHABBERT (*Arch. de neurol., juin* 1893).

Homme, 56 ans, travaillant aux champs; antécédents héréditaires névropathiques, a eu lui-même une attaque convulsive probablement hystérique à 20 ans et une fièvre typhoïde à 22 ans. Puis santé parfaite pendant une période de vingt-sept années. Alors, situation précaire, soucis d'argent; le caractère se modifie; il devient triste, taciturne; les digestions se font mal, les nuits deviennent mauvaises. Faiblesse du membre supérieur. Puis, nouvelles préoccupations de famille et violente émotion produite par l'incendie de sa maison. Quelques jours après, il s'aperçoit qu'il tremble de la main gauche et ce tremblement envahit le bras, puis la jambe du même côté. Le facies et l'attitude sont caractéristiques de la paralysie agitante : rigidité musculaire, tremblements. Comme symptômes insolites, on relève des phénomènes de réflectivité accrue que trahissent l'exagération du réflexe rotulien, du réflexe massetérin et la trépidation épileptoïde; d'autre part, ce sont les stigmates hystériques bien définis : le rétrécissement concentrique du champ visuel, la dyschromatopsie, l'obnubilation de l'odorat et de l'ouïe. DESCOURTIS.

Cases of hereditary chorea (Huntington's disease), par MENZIES (*Journ. of ment. sc., octobre* 1892 *et janvier* 1893).

S'appuyant sur des observations personnelles prises dans deux familles, Menzies considère que la chorée de Huntington est sans doute la plus héréditaire de toutes les maladies. Dans une famille, 25 0/0 des individus dont il put suivre les traces étaient atteints, et 50 0/0 de ceux qui avaient dépassé 12 ans. Dans l'autre, la proportion était d'environ un tiers des adultes. En général, l'âge auquel survient la maladie est plus bas de génération en génération. En moyenne il était de 27 ans, 6 dans la première famille et de 37 ans, 2 dans la seconde, sa durée moyenne totale étant de 16 ans, 2. Les deux familles comprenaient 67 sujets masculins et 71 féminins, auxquels on doit en ajouter 36 dont le sexe n'était pas connu. Il y avait 26 hommes atteints et 16 femmes. Cette prédominance des hommes était due uniquement à ce que, sur les 18 hommes et les 23 femmes qui étaient mariés, il y avait 14 hommes et 6 femmes qui étaient malades et qui avaient des enfants, ce qui doublait la proportion des hommes malades. En effet il n'y a pas tendance à l'alternance des sexes dans les générations successives, chaque père et chaque mère léguant la maladie à son fils ou à sa fille. Il faut remarquer aussi, dans l'étiologie, qu'on n'a observé aucune diathèse et en particulier pas de rhumatisme. Les symptômes de la maladie sont identiques à ceux de la chorée ordinaire, de sorte qu'on est amené à conclure que, quelle que soit la nature de la lésion, son siège dans le système nerveux est le même, et qu'elle est due à une sclérose spéciale du système nerveux. On est d'accord pour reconnaître que le désordre est essentiellement une chorée, que les secousses peuvent être tout d'abord en partie réprimées, que le phénomène du genou est généralement augmenté et que les troubles cérébraux sont fréquents. Mais les avis diffèrent, quand il s'agit de savoir si les mouvements cessent ou non pendant le sommeil. D'après Menzies, ces différences d'avis s'expliquent, parce qu'on a étudié la maladie à des périodes différentes de son développement. Au début, on n'observe que les secousses et les états émotionnels qui leur sont associés, et qui conduisent à des attaques de manie et de mélancolie; puis l'extension des lésions détermine une augmentation des phénomènes du genou et l'affaiblissement général des muscles, tandis que la sclérose cérébrale produit de la démence vraie. Enfin le malade meurt, moins de la maladie même, que d'une affection intercurrente telle que la tuberculose contre laquelle la paralysie le laisse sans défense. DESCOURTIS.

Observations sur l'albuminurie choréique, par Ch. BOUCHARD (*C. R. de la Société de biologie*, 13 *mai* 1893).

Il y a des albuminuries peu graves, intermittentes ou continues ; elles ont ce caractère de s'interrompre pendant la nuit (le repos) pour reprendre pendant la journée (activité musculaire surtout). Beaucoup se développent chez les adolescents en croissance rapide. Il y a spoliation du tissu nerveux en particulier, d'où céphalée, tics, chorées, faiblesse nerveuse. L'auteur en cite un cas topique. DASTRE.

Considérations cliniques sur les pneumonies des diabétiques, par LABBÉ (*Thèse de Paris*, 1892).

On observe chez les diabétiques la pneumonie lobaire, la bronchopneumonie et la congestion pulmonaire. Ces affections sont influencées par la dyscrasie diabétique. La pneumonie lobaire peut guérir ; mais le plus souvent elle se termine rapidement par la mort, ou suppure. Parfois elle se complique de gangrène, ou d'urémie pneumonique. La bronchopneumonie diabétique non tuberculeuse est plus rare. Elle comporte les mêmes évolutions ou passe à l'état chronique et entraîne une cirrhose pulmonaire qui simule la phtisie. Les affections précédentes peuvent évoluer silencieusement, rester latentes et n'être découvertes qu'à l'autopsie. La congestion pulmonaire est l'accident le plus fréquent, qu'elle soit isolée ou associée aux pneumonies ou même à la simple bronchite. Elle peut prendre la forme pleurétique. Tous ces accidents s'observent également dans le diabète de l'enfant. GIRODE.

Sur le son tympanique dans la pneumonie, par SIMON (*Rev. méd. de l'Est*, *n°* 9, *p.* 281, 1893).

Le tympanisme s'observe parfois au niveau même de l'hépatisation, phénomène que l'on a cherché à expliquer par la résonnance de l'air contenu dans la trachée et les bronches du lobe hépatisé. Cette explication lui paraissant insuffisante dans bien des cas, Simon a cherché à résoudre le problème par l'expérimentation. Il a solidifié en tout ou en partie un lobe pulmonaire de manière à simuler une hépatisation. Il a prouvé ainsi que le son tympanique du lobe hépatisé résulte de la transmission des vibrations sonores soit aux languettes restées saines dans le lobe affecté, soit aux lobes inférieurs respectés par l'hépatisation.

LEFLAIVE.

La pneumonie lobaire aiguë, par BOULAY (*In*-16, *Paris*, 1893).

Le livre de Boulay pourrait être plus justement intitulé l'infection aiguë pneumonique, car systématiquement c'est la seule pneumonie produite par le diplocoque de Talamon-Fränkel qu'étudie l'auteur, et il laisse sur un plan secondaire toutes les pneumonies déterminées par le streptocoque, le staphylocoque et les agents infectieux de la grippe, les considérant comme des bronchopneumonies. En théorie, il a raison : pratiquement, la ligne de démarcation clinique qui sépare ces variétés n'est pas facile à établir.

Ceci admis, la monographie consacrée à l'histoire du pneumocoque et de ses manifestations sur l'appareil respiratoire est des plus complètes et des plus documentées. L'étiologie, très soignée, montre le rôle de plus en plus prédominant de l'épidémie et de la contagion dans la genèse de la pneumonie. Les complications nées des infections secondaires sont étudiées en grand détail, suivant qu'elles aboutissent à la suppuration, à la gangrène ou à la tuberculose. Enfin les localisations extrapulmonaires du pneumocoque constituent un chapitre considérable qui jusqu'ici manquait dans les ouvrages classiques.

L'auteur termine sa monographie en montrant les diverses variétés

qu'affecte la pneumonie selon les conditions anatomiques, selon la marche et les symptômes, et selon les conditions physiologiques et pathologiques au milieu desquelles elle se développe. H. R.

Specifische Mittel gegen Pleuritis, Pneumonie und Genickstarre, par F. VELTEN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 10, *p.* 238, 6 *mars* 1893).

Dans les terres marécageuses du nord-ouest du Hanovre, 50 0/0 des *pleurésies* sont tuberculeuses. Dès le premier examen, il est possible de reconnaître si l'on a affaire à une pleurésie de cette nature. En effet, on trouve toujours, par l'auscultation aidée de la percussion, une lésion tuberculeuse au sommet du poumon correspondant. Cette lésion du sommet occupe constamment un point qui, dans l'attitude ordinaire du corps, est placé perpendiculairement au-dessus du point de pleurésie. Selon que la pleurésie circonscrite siégera en avant, en arrière ou de côté, le foyer du sommet se rencontrera aux régions antérieure, postérieure ou axillaire de la poitrine. Une seule fois, Velten a entendu les frottements en avant, tandis que l'affection du sommet était en arrière, mais il a appris que cette personne gardait le décubitus abdominal. En résumé, l'affection pleurale étant secondaire et résultant d'une infection de voisinage, il n'y a rien d'étonnant qu'elle se rencontre du même côté et sur un niveau plus bas que celle du poumon.

Par ordre de fréquence, viennent ensuite les pleurésies rhumatismales (40 sur 100 cas); ce sont celles qui, traitées dès le début, guérissent rapidement par le salicylate de soude, complètement impuissant dans la pleurésie tuberculeuse.

Les derniers 10 0/0 des pleurésies embrassent toutes les autres formes : métapneumonique, cancéreuse, périty phlitique, etc. Jamais Velten n'a observé de pleurésie primitive franche.

Dans la *pneumonie* des enfants, il considère la quinine comme un médicament spécifique ; ne serait-ce pas parce qu'il exerce dans une région paludéenne ?

Dans la pneumonie des adultes, l'iodure de potassium administré à hautes doses (6 grammes en une seule fois ou coup sur coup), dès les premières vingt-quatre heures de la maladie, constitue une médication abortive, qui met fin immédiatement à tous les phénomènes généraux, bien que les signes physiques locaux ne soient pas influencés dans leur évolution habituelle.

L'iodure de potassium, à la dose quotidienne de 3 à 6 grammes, est également le médicament spécifique de la *méningite cérébro-spinale* épidémique qui est endémique dans les terrains bas voisins de l'Elbe.

J. B.

I. — Ueber kryptogenetische Pleuritis, par HUGUENIN (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 3, *p.* 97, *et n°* 4, *p.* 134, 1 *et* 15 *février* 1893).

II. — Discussion de la Société des médecins de Zurich (*Ibidem*, *n°* 10, *p.* 369, 15 *mai*).

Sous la désignation de pleurésies cryptogénétiques, Huguenin comprend toutes les formes d'inflammation pleurale, de nature séreuse, séro-purulente et purulente, décrites jusqu'ici comme pleurésies primitives,

idiopathiques, essentielles, rhumatismales, *a frigore ;* en un mot, toutes les formes dont l'étiologie est encore plus ou moins douteuse. Pour les passer en revue, il les répartit en six catégories :

1° *Les exsudats dérivant d'une affection des organes pharyngés*, qui se subdivisent eux-mêmes en deux groupes, selon qu'il s'agit de suppurations microbiennes limitées aux amygdales (angine lacunaire) ou au contraire de suppurations microbiennes plus diffuses, formant rapidement des abcès péri-amygdaliens.

Dans les épanchements pleuraux consécutifs à l'amygdalite, Fraenkel (*R. S. M.*, XXXII, 279), Metzner (*R. S. M.*, XXXV, 690), Hanot (*R. S. M.*, XXXVIII, 701) ont signalé la présence du streptocoque. Huguenin relate lui-même l'observation d'un homme de 52 ans, atteint d'amygdalite suppurée qui se compliqua le sixième jour de pleurésie droite et 5 jours plus tard de pleurésie gauche ; dans la sérosité trouble des épanchements, il trouva le staphylocoque pyogène doré.

2° *Les exsudats constituant pour un temps la seule manifestation d'un rhumatisme articulaire aigü;* ils sont ordinairement bilatéraux et souvent compliqués de péricardite : Fiedler (*Jahresb. d. Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde*, Dresden, 1890-1891) les rattache à une angine rhumatismale qui a servi de porte d'entrée à l'agent infectieux.

3° *Les exsudats consécutifs à un anthrax.* Les faits de ce genre ont été étudiés en Allemagne par Rosenbach (*Arch. f. klin. Chirurg*, 1888) en France, par Marfan (*Gaz. des hôpit.*, 1889). Il s'agit d'épanchements séreux, séropulents ou purulents renfermant le staphylocoque pyogène doré. Huguenin en a observé un cas chez un homme de 46 ans atteint d'anthrax de la nuque ; 10 jours après l'incision, il eut une pleurésie droite avec épanchement résorbé spontanément, et 21 jours plus tard, une pleurésie gauche nécessitant deux ponctions à peu de jours d'intervalle ; la sérosité trouble contenait des staphylocoques pyogènes dorés.

4° *Les exsudats provenant des microbes, hôtes habituels des cavités buccale, pharyngée ou nasale*, notamment du pneumocoque de Fraenkel, du staphylocoque et du streptocoque (?) pyogène. C'est aussi dans cette catégorie que Huguenin range la pleurésie traumatique succédant à des contusions du thorax et se développant souvent du côté relativement indemne ; il en rapporte un cas à pneumocoques.

5° *Les exsudats reconnaissant la même cause que la pneumonie et se développant à son défaut ou la remplaçant.* Ce sont des exsudats à pneumocoques, mais non des pleurésies métapneumoniques, car ils sont primitifs. C'est ainsi que 3 habitants d'une même maison peuvent être pris deux d'une pneumonie franche, le troisième d'une pleurésie à pneumocoques. Ces épanchements offrent toutes les variétés intermédiaires entre la sérosité pure et le pus. Au point de vue de l'évolution, ils présentent les caractères suivants : ils se montrent de préférence en même temps que les pneumonies épidémiques. Ils débutent par un grand frisson et des douleurs vives ; les bruits de frottement sont très accentués, la toux et l'expectoration insignifiantes ou même nulles.

6° *Les exsudats, a frigore, les seuls des six catégories qui ne contiennent pas de microrganismes.* Ce sont toujours des exsudats sérofibrineux. Néanmoins ils ne laissent pas d'être graves parce qu'ils apparaissent souvent chez des gens déjà maladifs. Dans un certain

nombre de cas, ils se développent chez des tuberculeux et tiennent à une tuberculose pleurale, tantôt récente, tantôt latente jusque-là. Tous les observateurs sont cependant unanimes à déclarer que l'exsudat ne renferme aucun microorganisme ni tuberculeux, ni autre. Dans des cas plus rares, il s'agit de vieilles lésions inflammatoires de la plèvre, réveillées par l'action du froid. Ces lésions chroniques des plèvres sont en rapport avec une affection du cœur, des reins, avec un rhumatisme articulaire, avec une affection pleurale ou pulmonaire (tumeurs, syphilis, tuberculose guérie du sommet) ou avec un traumatisme costal compliqué d'hémothorax. J. B.

De l'asthme, pathogénie et traitement, par NUEL (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *n°* 2, *p.* 165, 1892).

Les filaments que l'on observe dans la kératite filamentaire sont des produits de croissance anormale des cellules épithéliales qui, très amincies et démesurément allongées, forment une sorte de torsade centrale fibrillaire entourée de mucus et de particules étrangères. Excroissance de l'épithélium cornéen, ils s'en détachent par l'action des paupières.

Les spirales de Curschmann sont une production semblable, dont les fibrilles centrales sont plus ou moins serrées; quand ce centre est dissocié par le mucus, farci de petites cellules, les spirales sont transformées en ces flocons connus pour être l'expectoration caractéristique des asthmatiques à la suite de leur accès.

Voici ce qui se passe dans l'accès d'asthme : chez l'asthmatique il existe de la bronchite, une altération de l'épithélium vibratile qui devient végétant et aboutit à la formation de câbles en spirale (probablement par poussées, comme cela se passe pour la kératite filamentaire). Par leur croissance ces filaments obstruent les bronches, ils les irritent par leur présence et provoquent un spasme, d'où la dyspnée. Celle-ci ne cesse que par leur élimination sous forme de spirales de Curschmann, ou sous celle de flocons qui ne sont que des spirales modifiées, altérées. Une nouvelle poussée de filaments épithéliaux peut provoquer un nouvel accès d'asthme.

Le chlorure d'ammonium en solution aqueuse à 2 0/0 empêche l'éclosion des filaments sur la cornée. Il semble aussi donner de très bons résultats contre l'asthme. LEFLAIVE.

Ueber das Vorkommen von Lungenblutungen bei Phthisikern in Hochgebirgsstationen, par F. EGGER (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 2, *p.* 58, 15 *janvier* 1893).

Egger a voulu contrôler l'exactitude de l'assertion si répandue que le séjour dans les montagnes prédispose les tuberculeux aux hémoptysies, opinion qui est consignée entr'autres dans le *Traité de pathologie interne* d'Eichhorst et dans celui de *Physiologie* de Landois. A cet effet, il a étudié comparativement 1,612 malades traités dans les hautes altitudes (Davos et Arosa) et 491 soignés dans des stations de plaine (Montreux et hôpital de Bâle).

Sur les 1,612 tuberculeux du premier groupe, 695, soit 43,11 0/0, ont eu des hémoptysies, à savoir :

572, soit 35,48 0/0, seulement avant leur séjour à de hautes altitudes ;

90, soit 5,58 0/0, avant et pendant leur séjour à de hautes altitudes ;

33, soit 2,05 0/0, seulement pendant leur séjour à de hautes altitudes.

Sur les 491 tuberculeux du second groupe, 171, soit 34,83 0/0, ont eu des hémoptysies, à savoir :

116, soit 23,63 0/0, seulement avant leur séjour à Montreux ou à l'hôpital ;

27, soit 5,50 0/0, avant et pendant leur séjour à Montreux ou à l'hôpital ;

28, soit 5,70 0/0, seulement pendant leur séjour à Montreux ou à l'hôpital.

Il ressort premièrement de ces chiffres, que les stations de montagnes reçoivent davantage de tuberculeux enclins aux hémorragies pulmonaires que celles de la plaine. A l'hôpital, sur 100 tuberculeux hémoptoïques, on en compte 56,5 ayant eu une seule hémorragie et 43,5 ayant eu des hémorragies multiples.

D'autre part, sur 100 tuberculeux ayant eu des hémorragies en plaine, il s'en trouve 13,59 en ayant aussi à la montagne ; et sur 100 tuberculeux ayant eu des hémoptysies avant leur traitement à l'hôpital ou à Montreux, il en est 18,88 qui en ont encore eu durant leur hospitalisation à Bâle ou leur séjour à Montreux.

La conclusion finale est que le séjour des latitudes élevées ne favorise nullement la tendance aux hémoptysies. (*R. S. M.*, IX, 585.)

J. B.

Ueber eine besondere... (Forme spéciale de broncho-pneumonie aiguë déterminée par l'aspiration du contenu des cavernes tuberculeuses), par BÄUMLER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 1, *p.* 1, 1893).

Chez les sujets qui portent des cavernes pulmonaires plus ou moins spacieuses, entourées de tissu cicatriciel, on voit parfois, sous l'influence de l'aspiration des produits sécrétés, se développer brusquement une pneumonie lobulaire qui conserve jusqu'à la fin son caractère spécial. Les poumons qui offrent cette altération rapidement évoluante contiennent bien quelques tubercules miliaires; mais il n'y a là rien de comparable à ce qu'on voit dans la tuberculose miliaire aiguë proprement dite où les petits néoplasmes sont semés par milliards.

Les mêmes accidents peuvent succéder à l'ouverture d'un ganglion tuberculeux ramolli dans la trachée ou dans les bronches.

On conçoit l'influence pathogénique des efforts violents, des grandes inspirations qui déchirent les parois des cavernes et rompent les vaisseaux sanguins. C'est à la migration des staphylocoques et des streptocoques contenus dans les cavernes plus encore qu'à celle des bacilles tuberculeux que Bäumler attribue la broncho-pneumonie secondaire; son opinion est conforme, sur ce point, à celle de Ziegler et de Birsch-Hirschfeld.

Début brusque, marqué par une hémoptysie, une fièvre vive, de la

dyspnée; à l'auscultation, on ne constate d'abord que quelques râles disséminés, puis surviennent des râles crépitants. La détresse respiratoire augmente rapidement, tandis que s'accentuent les désordres cérébraux. La mort peut arriver au bout de huit ou dix jours.

Un tel processus étant réservé aux malades chez qui la tuberculose a subi un temps d'arrêt et qui, par conséquent, avaient pu se soigner, il ne faut pas s'étonner de le rencontrer plutôt en ville qu'à l'hôpital. Le plus grand nombre des exemples relatés par l'auteur se rapportent à des étudiants.

La fièvre est plus intense, la dyspnée plus pénible, et surtout l'évolution plus rapide que dans la tuberculose miliaire aiguë. C'est l'hémoptysie initiale qui permettra d'éliminer d'emblée la broncho-pneumonie indépendante de la tuberculose. L. GALLIARD.

Application de la méthode graphique au diagnostic des anévrismes profonds, par Soltan FENWICK et Walker OVEREND (*Brit. med. j., p.* 285, 11 *février* 1893).

Le dispositif employé par les auteurs est le suivant : A l'extrémité d'une sonde œsophagienne est adapté un petit ballon membraneux capable d'être insufflé après l'introduction de la sonde. Celle-ci, d'autre part, communique à un tambour de Marey et à un appareil enregistreur.

Grâce à cet appareil, les auteurs obtiennent le tracé normal des battements de l'aorte descendante et peuvent le comparer aux tracés obtenus en cas d'anévrisme. Les figures annexées à leur mémoire montrent l'ampliation colossale des oscillations du tracé en cas d'anévrisme de la portion thoracique dépendante de l'aorte, dont le diagnostic est souvent si difficile.

L'objection sérieuse qu'on peut faire à ce procédé est que l'introduction de la sonde œsophagienne expose à des ruptures d'anévrismes.

H. R.

Diagnosis and treatment of pernicious anœmia, par William HUNTER (*Brit med. j., p.* 695, 1er *avril* 1893).

Suivant Hunter, on peut faire le diagnostic précoce de l'anémie pernicieuse d'après les symptômes suivants :

1° Présence, dans le sérum du sang d'une proportion d'hémoglobine très supérieure à celle des globules, ce qui indique une destruction rapide de ces derniers. L'alcalinité du sang est également diminuée.

2° Coloration foncée de l'urine, contrastant avec la pâleur habituelle des urines anémiques. Miscroscopiquement on constate parfois la présence de pigment sanguin enclavé dans des celluies d'origine rénale.

3° Présence d'un léger degré d'ictère hémaphéique. L'auteur regarde l anémie pernicieuse comme une maladie infectieuse localisée dans le tube digestif : il conseille les antiseptiques intestinaux, salol et naphtol B, associés à l'arsenic.

Hale White fait remarquer qu'en effet l'arsenic améliore les malades, mais d'une façon temporaire : au bout d'un certain temps, il se montre inefficace et la maladie suit sa marche progressive. H. R.

Ueber den Einfluss von Säuren und Alkalien... (L'effet des acides et des bases sur l'acidité du suc gastrique des individus sains), par DU MESNIL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 49, *p.* 1112, 1892).

L'auteur a expérimenté sur 8 filles syphilitiques ou atteintes de blennorragie mais dont l'estomac était parfaitement normal.

Pour stimuler la sécrétion du suc gastrique et par conséquent augmenter l'HCl, il fallait mélanger au repas d'épreuve d'Ewald une faible dose de bicarbonate de soude; le plus haut chiffre obtenu a été de 0,365 0/0 d'HCl avec 4 grammes chez un sujet qui, sans bicarbonate de soude, n'avait eu que 0,26 0/0 d'HCl. Dans deux autres cas la dose de 4 grammes a augmenté l'HCl; une fois elle l'a diminué. La dose de 5 grammes a produit chez trois sujets l'abaissement de l'HCl. Chez deux sujets il a suffi de 2 grammes pour produire cet abaissement.

Chez les mêmes individus, l'eau de Carlsbad à la dose de 300 grammes augmentait l'HCl.

En ajoutant l'HCl au repas d'épreuve on peut obtenir le même résultat mais il ne faut pas dépasser dix gouttes en moyenne. Au delà de cette dose c'est l'effet inverse qu'on produit chez les sujets sains. C'est seulement dans les cas où la source du suc gastrique est tarie qu'il faut administrer l'HCl. L. GALLIARD.

Ueber das functionnelle Resultat von Operationen am Magen, par KALUSCHE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 49, *p.* 1114, 1892).

L'auteur a étudié le fonctionnement gastrique chez trois malades atteints de carcinome de l'estomac. Avant l'opération il y avait chez eux absence complète d'HCl libre, impossibilité de digérer l'albumine, inertie de l'organe qui ne pouvait chasser le bol alimentaire dans l'intestin. Deux de ces malades ayant subi la résection du pylore et le troisième la gastro-entérostomie, l'auteur ne constata, à la suite de ces opérations, aucune amélioration au point de vue des réactions chimiques. Mais l'insuffisance motrice s'atténua : dans le premier mois on put retrouver encore quelques vestiges d'aliments ingérés depuis plusieurs jours ; à la fin du second mois la digestion s'effectuait complètement en 5 ou 6 heures chez les deux premiers opérés, tandis que chez le troisième elle durait toujours plus de 7 heures. Ce dernier eut de fréquents vomissements bilieux. On nota d'ailleurs la suppression des douleurs, l'augmentation de l'hémoglobine dans le sang, l'amélioration de l'état général, l'augmentation du poids. La faculté d'absorption resta ce qu'elle était avant l'opération, c'est-à-dire à peu près normale; l'iode ingéré apparaissait dans la salive à la douzième minute, jamais à la dix-huitième minute.

Une femme de 24 ans subit la résection partielle de la paroi antérieure et de la petite courbure de l'estomac pour un ulcère rond siégeant au voisinage du cardia et ayant déterminé une tumeur adhérente à la paroi abdominale. Vingt-huit jours après l'opération on donne le repas d'épreuve, mais le tubage provoque des vomissements et une petite hémorragie. Trois mois après l'opération les troubles fonctionnels ont disparu; les sécrétions gastriques sont normales; l'inertie motrice de l'estomac qui avait constitué une pressante indication opératoire, n'existe

plus; la malade n'a plus ni douleur, ni malaise, ni vomissements, ni nausées; elle a augmenté de poids; les règles sont revenues. En somme, résultat très satisfaisant. L. GALLIARD.

Ueber primäre Atrophie der Magen und Darmschleimhaut... (Atrophie primitive de la muqueuse gastrique et intestinale, anémie grave et lésions médullaires), par EISENLOHR (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 49, *p.* 1105, 1892).

Un homme de 59 ans se plaint depuis trois mois d'affaiblissement des membres et de fréquents vertiges; depuis trois semaines il garde le lit. Il est extrêmement anémique avec une coloration légèrement jaunâtre des téguments. L'auteur constate, le 18 février 1891, la parésie des muscles de l'épaule et de la main et celle des fléchisseurs de la jambe; un peu de contracture des cuisses; absence complète du réflexe rotulien; pas de troubles de la sensibilité mais dépression, affaiblissement intellectuel. Il n'y a en apparence, aucun désordre gastrique, et cependant on note la suppression complète de l'HCl.

A partir du 23 février la température s'élève le soir à 38° et parfois même à 39°.

Vers le 15 mars, diarrhée fréquente. Rien dans l'urine. Depuis le 23 mars, incontinence d'urine, délire, agitation.

Au commencement d'avril flexion forcée et abduction du membre inférieur droit; douleurs vives; arthrite de la hanche. Grande faiblesse du membre gauche. Mort le 8 avril.

Autopsie. — Les parois de l'estomac et de l'intestin sont minces comme du papier; la muqueuse a perdu ses plis; il n'y a pas trace de follicules. Pas de lésions de la tunique musculaire, mais atrophie complète de la muqueuse: la disparition des glandes, absolue dans l'intestin, n'est que partielle dans l'estomac; dans l'intestin la musculeuse sous-muqueuse a disparu.

La moelle présente des lésions de dégénération combinée. Dans les cordons postérieurs, dégénération des faisceaux de Goll et de Burdach, lésions des zones radiculaires comme dans le tabes; ces lésions sont assez régulièrement étendues aux segments cervical et dorso-supérieur; elles sont peu prononcées dans le segment lombaire. Les cordons latéraux sont atteints surtout à la région bulbaire et à la région cervicale. Les cordons antérieurs et les parois antérieures des cordons latéraux sont indemnes.

L'auteur n'hésite pas à considérer comme lésion initiale l'atrophie de la muqueuse gastrique et intestinale. L. GALLIARD.

Ueber Magenschwaeche, par FUERBRINGER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 13' *p.* 317, 27 *mars* 1893).

Fuerbringer distingue, des formes habituelles de la dyspepsie nerveuse, ce qu'il appelle la faiblesse d'estomac, qui n'a rien à voir avec l'atonie gastrique, et qu'il a observée une cinquantaine de fois.

Tous les malades ont un appétit excellent qui provoque précisément un autre symptôme de leur affection, les douleurs d'estomac. Celles-ci ne se présentent jamais sous la forme violente de gastralgie, mais comme sensation d'écorchure, de rongement tolérables. Elles surviennent presque immédiatement après l'ingestion de certains aliments et boissons et ne cessent qu'avec la fin de leur séjour dans l'estomac. Mais la faiblesse de l'estomac se trahit même en dehors des accès douloureux dont le retour est provoqué par les aliments les mieux tolérés d'un estomac normal. Le sucre, les graisses, les farineux, comptent parmi les substances

les plus nuisibles, surtout quand l'estomac est vide. Des boissons, c'est le café qui est généralement la plus mal supportée, tandis que l'eau et les soupes claires passent habituellement bien et assez souvent même coupent le paroxysme douloureux.

Comment expliquer cette association de faiblesse et d'hyperesthésie de la muqueuse gastrique ?

La réponse est difficile. Il ne s'agit ni d'effets caustiques ni de fermentations anormales, ni d'hyperchlorhydrie, ni d'état inflammatoire ; le repas d'épreuve de Leube est digéré dans le temps voulu. Il s'agit donc d'une forme spéciale de dyspepsie nerveuse dans laquelle seuls les nerfs sensitifs de la muqueuse gastrique réagissent d'une manière exagérée.

C'est surtout dans les classes aisées que se rencontre la faiblesse d'estomac : la bonne chère, une vie affairée, le surmenage intellectuel en sont des causes importantes, ainsi que la grippe. Mais la grande moitié des malades n'offraient pas trace de neurasthénie ; seul leur estomac était souffrant.

Au point de vue du traitement, il y a lieu avant tout de prohiber les aliments et boissons mal tolérés, de faire changer de climat, de conseiller un voyage à la montagne ou à la mer. Le traitement médicamenteux est peu fructueux. Les stomachiques énergiques empirent le mal; ce qui est le mieux supporté, c'est la rhubarbe à petites doses ; les narcotiques ont leurs inconvénients spéciaux ; le meilleur calmant est souvent l'eau pure. L'acide chlorhydrique et les alcalins se sont révélés inutiles. La cure d'engraissement n'est jamais tolérée. L'état de beaucoup de malades s'améliore notablement par la seule assurance qu'il n'offre rien de grave. J. B.

Gastrite chronique, hématémèse mortelle produite par une légère exulcération de la muqueuse stomacale, par LÉPINE et BRET (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 2).

Un homme alcoolique est atteint de dyspepsie anachlorhydrique. On constate une anémie intense, mais avec conservation d'une valeur globulaire élevée, éloignant de l'idée du cancer. Le malade est emporté par une hématémèse. A l'autopsie, gastrite ulcéreuse avec lésions prédominantes d'endartérite oblitérante, qui ont joué le rôle prépondérant dans la pathogénie de l'affection et de l'accident terminal. GIRODE.

On certain cardiac symptoms observed in cases of gastric ulcer, par W. ORD (*Trans. of the med. Soc. of London*, *vol. L*, *p.* 130).

Ord attire l'attention sur un certain nombre de symptômes cardiaques qui semblent liés à la présence d'ulcères de l'estomac : Il donne l'observation d'une jeune femme atteinte de cette affection, qui non seulement présentait de l'oppression et des palpitations, mais dont les signes stéthoscopiques indiquaient soit une dilatation cardiaque, soit un épanchement péricardique ; 16 fois, l'auteur a constaté des phénomènes analogues. Il insiste sur l'augmentation de la matité précordiale aussi bien à gauche du sternum que dans la région de l'oreillette et du ventricule droits, sur l'étendue des bruits et leur accentuation : enfin, sur la production de bruits anormaux très doux, s'entendant à la fin de la systole et au début de la diastole. Il considère ces bruits comme la preuve d'une

péricardite sèche associée à de l'endocardite, et rapproche ces faits de ceux qu'on observe au cours du rhumatisme.

Il est à remarquer qu'en aucun point de son mémoire, Ord ne parle des dilatations cardiaques réflexes, du bruit de galop droit, et des bruits extracardiaques si bien connus en France depuis les travaux de Potain.

H. R.

Hematemesis, with special reference with that form met with in early adult femal life, par Donald Charles HOOD (*Trans. of the med. Soc. of London, vol. L., p.* 283).

Le but de ce travail est d'établir que l'hématémèse est beaucoup moins souvent qu'on ne le suppose, la conséquence d'une altération de la muqueuse gastrique. L'auteur passe en revue, d'abord ses observations personnelles, puis la statistique de « Guy's hospital » pendant 10 années consécutives et discute les éléments de cette statistique, soit 155 cas ainsi classés : cas suivis de guérison — suivis de mort par le fait même de l'hémorrhagie, — mort ultérieurement, avec autopsie faite. Or il résulte de ces documents que l'altération gastrique est beaucoup plus rare que l'hématémèse, et que la plupart du temps il s'agit d'érosions superficielles sans gravité, tandis que par contre bon nombre des ulcères donnent lieu à des péritonites par perforation sans avoir été précédés de symptômes hémorragiques. Ces hématémèses sans ulcères sont très souvent symptomatiques de névrose commençante : chez les jeunes femmes, elles dépendent presque toujours de l'anémie et de troubles exceptionnels, et sont souvent précédées des douleurs très pénibles que provoque la présence d'un ulcère gastrique. Pour ces cas, l'auteur conseille comme traitement l'association de petites doses de sulfate de magnésie et de perchlorure de fer. H. R.

Note sur l'ictère grave hypothermique, par HANOT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 31 *mars* 1893).

Hanot rapporte trois cas d'ictère grave avec hypothermie ; l'un d'ictère à forme typhoïde chez un alcoolique, terminé par la guérison ; le second d'ictère chronique lié à un cancer de la vésicule biliaire avec dilatation de la vésicule ; le troisième d'ictère consécutif à un embarras gastrique (mort au 15e jour), dans le premier cas les selles contenaient le coli-bacille à l'état de pureté. Dans le second cas le coli-bacille existait dans les selles, dans la bile recueillie après la mort, dans le sang du cœur ; dans le troisième cas le coli-bacille a été trouvé dans le foie, ayant envahi même le protoplasma des cellules hépatiques tandis que la rate n'en contenait pas.

Hanot croit que l'infection coli-bacillaire peut être la cause de l'hypothermie. H. L.

Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, par V. HANOT (*In*-16, *Paris* 1892).

La monographie que consacre Hanot à la cirrhose hypertrophique n'est pas seulement la répétition et l'amplification de son travail célèbre de 1875. C'est une œuvre de haute critique médicale et un modèle de

dissertation scientifique. Après avoir montré combien péniblement s'était implantée la doctrine de la cirrhose hypertrophique, puis son acceptation définitive en apparence, par tous les pathologistes, Hanot nous fait assister au démembrement de cette entité morbide, et à l'avènement de la systématisation des cirrhoses. Et voilà qu'aujourd'hui un travail inverse s'accomplit : une réaction se produit contre cette systématisation trop absolue, et l'on accepte la doctrine des cirrhoses mixtes, inaugurée par Hardy, défendue par Dieulafoy, Gubler et Sabourin.

Hanot reprend à fond cette étude, et montre qu'au point de vue clinique, la cirrhose hypertrophique avec ictère garde bien la symptomatologie spéciale qu'il lui a jadis assignée : que d'autre part, anatomiquement, elle se traduit par une hyperplasie conjonctive diffuse, avec prolifération et exagération des canalicules biliaires interstitiels. Pour lui, l'affection est donc toujours d'ordre biliaire; il ne croit pas à l'irritation de la veine porte, au moins comme phénomène initial. Le seul point toujours douteux, est l'origine de cette angiocholite primitive interstitielle. L'alcool ne suffit pas à la produire, quoique ce soit une cause prédisposante et souvent déterminante : d'autre part, il n'y a pas de lien direct entre la lithiase biliaire et cette forme d'hépatite interstitielle. Hanot exprime l'hypothèse que vraisemblablement l'état infectieux de la bile joue un rôle, et que l'infection ne peut être d'origine intestinale. H. R.

A case of pancreatic hœmorrhage, par HAWKINS (*The Lancet, p.* 358, 12 *août* 1893).

Un homme de 40 ans, alcoolique, fut pris, à la suite d'une purgation, de douleurs vives dans l'abdomen, sans que l'examen révélât autre chose qu'une sensibilité exagérée au niveau des reins. L'urine sombre, albumineuse, ne contenait point de sang. La mort survint dans le collapsus, soixante heures après le début des accidents.

A l'autopsie, on trouve dans la cavité abdominale, un demi-litre environ de sang, et le pancréas très augmenté de volume, pesant plus de 350 grammes. La tête du pancréas était noirâtre, infiltrée de sang, ainsi que la totalité de l'organe; du sang était épanché autour de chaque rein et en avant du psoas, le pancréas baignait dans du sang. Le foie était gras, et les reins très congestionnés. L'épiploon, la graisse sous-péritonéale de la paroi abdominale, la graisse située autour des reins et du pancréas étaient farcis de nodules composés de tissu ayant subi la dégénérescence graisseuse. L'aorte était légèrement athéromateuse.

La mort paraît devoir être attribuée à la pression soudaine que l'organe augmenté de volume a exercé sur les plexus solaires et le ganglion semilunaire avec lesquels le pancréas est en relation immédiate.

La cause de l'hémorragie reste inconnue. MAUBRAC.

De l'apoplexie pancréatique, par STOJANOVITS (*Thèse de Paris*, 1893).

L'apoplexie du pancréas ou hémorragie subite totale de l'organe est rare et doit être distinguée des hémorragies dyscrasiques ou des épanchements sanguins compliquant les tumeurs. Elle se rapproche des hémorragies des capsules surrénales. La mort subite ou très rapide en est toujours la terminaison. La cause de l'hémorragie réside dans les altérations vasculaires (thromboses, anévrismes), dans un désordre né-

vropathique, des altérations cellulaires ou une infection canaliculaire. Quant à la mort, elle est due à des lésions nerveuses consécutives, aux phénomènes d'inhibition qu'expliquent d'importantes relations nerveuses. L'apoplexie pancréatique est importante au point de vue médico-légal, car elle constitue une cause de mort subite. GIRODE.

Contribution à l'étude clinique du cancer primitif du pancréas, par LUCRON (*Thèse de Paris*, 1893).

Le cancer primitif du pancréas peut prendre des aspects cliniques multiples. Une des formes les plus intéressantes est la forme douloureuse : douleurs locales, abdominales ou pancréatiques, et douleurs à distance surtout à type d'accès cardialgiques. Cette variété douloureuse vient immédiatement comme fréquence après la forme ictérique. Quant aux troubles de nutrition, s'ils sont rarement rassemblés et groupés pour former le syndrome clinique du diabète maigre, néanmoins le fait existe sans conteste. Le diagnostic du cancer du pancréas est difficile au début, mais généralement possible quand les phénomènes symptomatiques se complètent ; à vrai dire, l'épreuve de Sahli n'a aucune valeur solide. Dans les faits avec ictère chronique, c'est l'état des fonctions hépatiques qui règle la durée de la maladie. GIRODE.

Etude sur le diabète azoturique compliqué de sueurs, par LEPARQUOIS (*Thèse de Paris*, 1892).

Le diabète azoturique se voit surtout chez l'homme adulte ; il suppose une prédisposition nerveuse, et presque toujours une cause occasionnelle émotive. L'excès de l'élimination azotée, en permanence et indépendamment du coefficient alimentaire, en constitue la caractéristique. A l'inverse des différentes formes du diabète où l'anidrose est de règle, on peut observer ici de véritables crises d'hyperidrose qui ont toute l'allure d'une perversion nevro-secrétoire. La sueur émise est normale ; mais comme elle contient des principes azotés, c'est là une cause d'affaiblissement en plus, qu'il est nécessaire d'éviter. Les lotions fraîches, l'hydrothérapie, l'électrisation seront utiles, outre qu'elles agiront contre la forme diabétique elle-même. GIRODE

Recherches sur l'urémie fébrile, par BLONDEAU (*Thèse de Paris*, 1892).

Au lieu d'abaisser la température, l'urémie peut engendrer de l'hyperthermie, et cela en l'absence de convulsions ou de toute complication inflammatoire appréciable. L'hyperthermie peut se montrer dans n'importe quel type de lésion rénale, et accompagner toutes les variétés symptomatiques de l'urémie ; cependant elle est plus commune dans les formes nerveuses. La température commence à s'élever quand apparaissent les signes prémonitoires de l'urémie, s'élève avec l'attaque et en suit la marche et le déclin. Dans les cas mortels, l'hyperthermie peut durer jusqu'à la fin ou s'exagérer encore après la mort. Le traitement déplétif appliqué à l'urémie influence du même coup la fièvre, qui n'a pas du reste de gravité personnelle et spéciale. La pathogénie de cette hyperthermie est fondée sur les considérations physiologiques : rétention

d'un poison qui agit sur les centres thermogènes. En tout cas, il n'y a aucune lésion spéciale et fixe en rapport avec ce type clinique. GIRODE.

Two cases of albuminury of long standing, par F. HAWKINS (*Brit. med. j.*, *p.* 1164. 3 *juin* 1893).

Hawkins rapporte l'histoire d'un homme de 49 ans, qui, vingt-cinq ans auparavant avait été refusé par une compagnie d'assurances, parce qu'on lui avait trouvé une forte proportion d'albumine dans l'urine. Depuis lors, jamais l'albuminurie n'avait disparu, et jamais la santé n'avait été troublée. Il n'y avait ni excès de tension artérielle, ni accroissement de volume du cœur, ni arythmie : les exercices du corps étaient supportés sans fatigue et n'augmentaient pas la teneur en albumine.

Un autre fait, dû à Russell Dodd, est encore plus remarquable. Il s'agit d'un médecin, qui, en 1841, consulta Bright, lequel porta un pronostic fatal à brève échéance, à cause de l'énorme quantité d'albumine qu'il rendait. Ce symptôme persista jusqu'en 1892, c'est-à-dire pendant cinquante et un ans, sans modification, le malade présentant une urine à 1025, de la polyurie nocturne, de la glycosurie intermittente, et des irrégularités cardiaques. Il succomba à l'âge de 88 ans, à une hémorragie cérébrale. H. R.

Contributo alla fisio-patologia del reumatismo articolare cronico ; sua origine nervosa, par MASSALONGO (*La Riforma medica*, *p.* 159, 18 *avril* 1893).

Après avoir montré les différences étiologiques, cliniques et anatomo-pathologiques qui distinguent le rhumatisme chronique du rhumatisme articulaire aigu, Massalongo fait ressortir les raisons qui rapprochent le premier des affections d'origine nerveuse : hérédité similaire ou transformée d'ordre névropathique (névralgies, tremblement, convulsions, paralysie agitante, neurasthénie, myélopathies, hémiplégie, etc.), ressemblance des lésions articulaires avec les arthropathies d'origine nerveuse, présence de contractures, d'exagération des réflexes, d'atrophie musculaire, avec prédominance aux mains comme dans la maladie de Parkinson, l'atrophie musculaire progressive et la syringomyélie, fréquence de la scoliose, lésions cutanées semblables à celles qu'on observe dans les lésions nerveuses, quelquefois troubles de la sensibilité, lésions des nerfs périphériques constatées à l'autopsie. GEORGES THIBIERGE.

Étude clinique et expérimentale sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu, par L. DE SAINT-GERMAIN (*Thèse de Paris*, *n°* 210, 1893).

L'auteur fait, à côté de l'exposé de ses recherches personnelles la critique des données récentes fournies par les bactériologistes. Le rhumatisme articulaire aigu ou fièvre rhumatismale se comporte cliniquement comme une maladie infectieuse. Son origine microbienne paraît probable si on considère certaines de ses manifestations : endocardite, angine, albuminurie, pleurésie, péricardite, et surtout si on fait attention à ce fait que ces phlegmasies restent de leur cause un cachet spécial. Ces phlegmasies ne dépassent jamais la simple fluxion.

Les recherches bactériologiques n'ont jusqu'ici fourni aucun résultat positif ; les cas où on a cru voir un microbe pathogène ou bien sont explicables par une faute de technique ou d'interprétation, ou bien reposent sur une observation unique, en sorte que c'est encore des données

cliniques que l'on peut tirer quelque conclusion au sujet de la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu. C. LUZET.

Des efflorescences graisseuses cutanées critiques du typhus exanthématique, par F. COMBEMALE (*La médecine moderne*, *p.* 698, 15 *juillet* 1893).

L'auteur a observé quatre fois, dans le typhus, l'apparition sur la face d'une efflorescence grisâtre, d'apparence cristalline, ne renfermant pas d'urée et constituée par de la graisse. Deux des malades moururent peu d'heures après, et à l'autopsie la mort parut due à des lésions de néphrite; les deux autres guérirent, mais après avoir présenté du délire intense et l'apparition des efflorescences s'accompagna d'un abaissement notable de la température. Ce signe avait été considéré par Barallier comme comportant toujours un pronostic fatal, ce qui est exagéré comme le montrent les observations de Combemale.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber einen Symptomencomplex bei Abdominaltyphus, par EISENLOHR (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 6, *p.* 122, 1893).

Chez une fille de 17 ans et des hommes de 17 et 31 ans, atteints de fièvre typhoïde grave, l'auteur a observé, à la période d'état de la maladie, un syndrome bulbaire : troubles du langage allant jusqu'à l'aphasie, paralysie de la langue, du voile du palais, des lèvres.

Un des malades eut de la parésie du pharynx. Dans deux cas l'auteur constata une participation très nette de la cinquième paire : affaiblissement des muscles masticateurs avec convulsions intermittentes de ces muscles.

Le troisième malade (celui-là seul a succombé) eut les symptômes bulbaires dès la première semaine; les mêmes accidents n'apparurent chez les autres que pendant le deuxième et le quatrième septenaire, pour se manifester encore d'ailleurs pendant la convalescence.

Dans les trois cas, on constata l'affaiblissement de tout le système musculaire, sans paralysie proprement dite, pas de trouble sensitif, pas de modification des réflexes.

Chez le second malade, il y eut des désordres psychiques : affaiblissement de la mémoire, amnésie pour les choses les plus simples. Ce malade accusa de fréquents bourdonnements d'oreilles et de la surdité; la surdité fut commune aux trois patients. Chez le troisième, on constata une névrite optique bilatérale avec hyperémie très accentuée des papilles, sans hémorragie.

L'autopsie du troisième malade, décédé le dix-septième jour, ne révéla aucune lésion appréciable des centres nerveux; mais la substance du bulbe et de la frontale ascendante contenait un coccus qui se rapprochait, à certains égards, du staphylococcus citreus. D'autre part, on trouva sur des coupes provenant de différentes régions du bulbe, de la moelle et du cerveau un bacille qui se distinguait du bacille d'Eberth. Il y aurait donc eu là, d'après l'auteur, plusieurs microbes associés. L. GALLIARD.

Des infections secondaires distinctes à propos d'une rougeole et d'une fièvre typhoïde, par JUHEL-RENOY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 *mars* 1893).

Il s'agit d'un jeune homme qui entre à l'hôpital le 23 janvier pour une rougeole intense, ayant débuté le 22, et dont les prodromes d'invasion remontaient au 18. Le 28 la fièvre persistant très intense il fut soumis à des bains froids réguliers. Le 29 on nota sur le ventre des taches rosées, le diagnostic de fièvre typhoïde fut posé; il fut confirmé par la persistance de

la fièvre jusqu'au 5 février et par une rechute du 10 au 17 février. Le malade dès le 8 janvier, soit 14 jours avant son éruption de rougeole avait éprouvé des malaises notables, inappétence, douleurs lombaires, faiblesse dans les bras. Juhel conclut à l'invasion de la rougeole chez un malade déjà en puissance de la fièvre typhoïde. H. L.

Etiologie de la rubéole, par Donald HOOD (*Brit. med. j., p.* 582, 18 *mars* 1893).

Donald Hood soutient, sans l'appuyer du reste d'arguments expérimentaux, que la rubéole est identique à la rougeole et que le microbe générateur est le même, seulement modifié quelque peu par des conditions de sol et de culture. Cette manière de voir n'est pas admise par Duckworth, qui soutient que la rubéole et la rougeole sont deux maladies différentes, ne se transmettant pas l'une l'autre, et ayant une évolution autonome. H. R.

On the skin eruptions which occur in septicœmia following scarlet fever and diphtheria, par S. MANNING (*Brit. med. j., p.* 691, 1er *avril* 1892).

Manning attire l'attention sur un épiphénomène qui survient chez les scarlatineux dans plus de 5 0/0 des cas au-dessous de 5 ans. C'est une éruption accompagnée d'élévation de température, d'accidents généraux graves et fréquemment de processus gangréneux. La cause déterminante semble être l'absorption d'une toxine produite par la septicémie au sein des tissus malades. On rencontre cette éruption, non seulement dans les formes sévères de scarlatine, mais dans la diphtérie, les brûlures suppurantes, l'état puerpéral, la fièvre typhoïde même parfois vers la deuxième semaine : en un mot toutes les fois qu'il y a de la septicémie.

L'âge des malades a une grande influence : près de 60 0/0 de scarlatineux atteints de cette éruption secondaire, sont des enfants au-dessous de trois ans. L'attaque survient presque toujours du septième au quinzième jour de la scarlatine : l'invasion du rash est plutôt graduelle que soudaine : elle est précédée souvent par une recrudescence de fièvre, d'insomnie, et une aggravation de l'état général. L'éruption consiste en taches maculeuses ou papuleuses groupées souvent au niveau des jointures (poignets, coudes, épaules, genoux) puis s'étendant au reste des téguments de manière à simuler une éruption morbilliforme ou scarlatiniforme. Mais même quand l'érythème se généralise, il reste toujours des points d'un rouge plus vif qui rappellent la disposition maculeuse primitive. Au décours de la crise, l'éruption prend une teinte livide, hémorragique, comme dans certaines rougeoles graves. Il peut parfois se produire une nouvelle recrudescence de l'éruption au moment où elle semble éteinte.

Les symptômes généraux concomitants sont des plus graves : c'est le tableau de l'adynamie et de l'ataxie, avec les complications viscérales septiques qui les accompagnent (pneumonie, diarrhée, albuminurie, gangrène) aussi la mortalité est elle considérable, près de 80 0/0.

L'auteur présente une statistique portant sur 5,921 cas de scarlatine. En voici les principaux chiffres :

Scarlatine au dessous de 5 ans : 2,290 — Cas d'éruptions infectieuses secondaires 110 (90 morts).

Au-dessus de 5 ans : 3,622 — Cas d'érythèmes infectieux 18 (42 morts).

H. R.

Die Stellung der Beri-Beri... (La place qu'occupe le béribéri dans les maladies infectieuses), par Max GLOGNER (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.*, *CXXXII*, 1).

Max Glogner montre que le béribéri existe à l'état épidémique dans certaines régions de l'Archipel malais. Le début de l'épidémie coexistait sur d'autres points avec certains travaux de terrassement.

En transportant les malades dans d'autres localités, où la maladie est inconnue, on obtenait, comme dans la malaria, une amélioration notable. Lorsqu'on traite les malades atteints de béribéri avec le sulfate de quinine, la mortalité diminue considérablement. Le même médicament abaisse, puis fait disparaître la fièvre.

Tenant compte de l'ensemble de ces faits, Max Glogner émet l'hypothèse que le béribéri n'est pas une maladie produite par les bactéries; c'est, comme la malaria, une affection déterminée par un protozoaire encore inconnu. ÉD. RETTERER.

On the production of artificial ecdysis in the filaria..., par Patrick MANSON (*Brit. med. j.*, *p.* 792, 15 *avril* 1893).

Dune a signalé, dans son mémoire sur la filariose, que les filaires sont tantôt entourées d'une gaine, tantôt nues. Patrik Manson démontre, dans cette note, que cette dernière apparence est le résultat d'un artifice. Toutes les fois qu'on examine les helminthes dans de bonnes conditions, ils ont leur carapace. Mais si l'on a fait geler le sang, de façon à dissoudre l'hémoglobine, les filaires se dépouillent de leur enveloppe, comme une couleuvre qui laisse sa peau en circulant à travers les herbes. Ceci survient spontanément pour les filaires quand elles sont absorbées par les moustiques : l'action du suc gastrique de l'estomac du moustique dissout l'hémoglobine du sang et crée les conditions de viscosité du milieu qui permettent à la filaire de se dépouiller de son enveloppe. H. R.

Sur l'actinomycose en Russie, par N. A. SOKOLOW (*Vratch*, *n*os 14-16, 1893).

L'auteur a réuni 61 cas d'actinomycose publiés dans les littératures russe et polonaise, dont 5 personnels.

60 cas sont soumis à l'analyse qui permet de distinguer 4 catégories : affections de la tête et du cou, 33 cas ; affections pulmonaires, 18 cas ; affections intestinales, 7 cas ; porte d'entrée inconnue, 2 cas.

Dans la première catégorie, il y a eu 6 morts sur 33 cas ; dans la deuxième, 13 morts sur 18 cas ; dans les deux dernières catégories, il y a eu 3 guérisons complètes et seulement 2 morts sur 9 cas. La mortalité moyenne des 60 cas a été de 35 0/0 (21 morts).

L'origine de ces 60 cas se répartit de la manière suivante : 16 cas à Varsovie, 15 à Saint-Pétersbourg, 5 dans le gouvernement de Kharkow, 4 à Moscou, 3 à Kazan, 2 dans le gouvernement de Podolsk, 2 dans le gouvernement de Toula, 2 dans le gouvernement de Grodno, 1 cas dans différentes villes du midi de la Russie et de la Pologne.

On voit donc que l'actinomycose n'est pas rare en Russie, qu'elle se

trouve partout et qu'on la trouvera d'autant plus fréquente qu'on saura mieux la chercher. H. FRENKEL.

Enquête sur le cancer en Normandie, par BRUNON (*Revue d'hyg. et police sanit. XV*, 244, *mars* 1893).

35 médecins ont collaboré à cette enquête entreprise pour contrôler les assertions d'Arnaudet (*R. S. M.*, XXXVI, 108). Brunon conclut :

Pour la majorité des confrères interrogés, le cancer est fréquent en Normandie, mais rien ne prouve jusqu'ici qu'il soit plus fréquent qu'ailleurs en France ou à l'étranger. Il paraît très probable qu'il existe çà et là, dans une même région, des foyers où les cas s'accumulent. Un petit nombre de médecins expliquent ces accumulations par la contagion ; le plus grand nombre croit à l'influence de l'hérédité.

Tous admettent que la contagion est possible ; quelques-uns seulement la considèrent comme certaine sans donner des faits précis. A propos du caractère contagieux du cancer, la preuve clinique n'est pas faite : l'eau et le cidre ne paraissent pas pouvoir être incriminés. J. B.

L'érysipèle, par P. ACHALME (*In*-16, *Paris*, 1893).

L'auteur fait d'abord l'historique du microbe, de ses conditions de développement et de propagation, et en déduit l'étiologie rationnelle et la symptomatologie de l'infection érysipélateuse. Il s'attache à rechercher pourquoi, dans certaines circonstances, le streptocoque n'est pas pyogène et pourquoi dans d'autres cas, il aboutit à la suppuration et à la gangrène ; enfin il passe en revue les manifestations viscérales de l'érysipèle : pleuropulmonaires, génitales et abdominales. Un chapitre intéressant est consacré aux déterminations de la maladie sur le système nerveux, ce qui conduit à l'analyse du sang érysipélateux et des altérations anatomiques des divers organes. H. R.

Contributo allo studio del soffio splenico, par L. CAPPELLETTI (*La Riforma medica*, *p.* 315 *et* 326, 3 *et* 4 *mai* 1893).

L'auteur a constaté l'existence d'un souffle splénique dans plusieurs cas de tuméfaction de la rate par suite d'impaludisme, de leucocythémie, de lithiase biliaire, etc. Il attribue ce souffle dans les lésions chroniques de la rate à la compression des vaisseaux spléniques par la capsule épaissie au moment où ils traversent celle-ci et dans les lésions aiguës de l'organe à la distension de la capsule qui dilate ces mêmes vaisseaux en ce point. Il ne lui accorde qu'une valeur séméiologique médiocre, attendu qu'il se montre dans des maladies très diverses, qu'il manque souvent alors même que les conditions physiques les plus favorables à son développement sont réalisées. GEORGES THIBIERGE.

Knochenerkrankungen bei Morbus Basedowii, par KŒPPEN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 41, *p.* 1034, 10 *octobre* 1892).

1er *cas.* — Fille de 23 ans, atteinte depuis cinq ans de maladie de Basedow. Elle a complètement perdu la voix ; même en parlant, sa voix est monotone et très creuse : rien à l'examen laryngoscopique. Scoliose depuis deux ans. En dernier lieu, accès fréquents d'angine de poitrine (tachycardie et cyanose)

et parfois tétanie ; absence du signe de Trousseau. A l'autopsie, hyperplasie du corps thyroïde, du thymus et de tous les ganglions ; ostéomalacie. Chez une fille n'ayant jamais accouché, cette ostéomalacie est vraisemblablement la conséquence des états congestifs observés dans le goître exophtalmique.

2e *cas.* — Femme ayant également perdu la faculté de chanter depuis qu'elle est atteinte de goître exophtalmique ; rien au laryngoscope. Cyphoscoliose, dentition très mauvaise et sensibilité des os à la pression.

Ces deux derniers phénomènes ont été observés aussi chez une troisième malade. Enfin deux autres ont perdu leurs dents depuis le goître. J. B.

I. — Zur kryptogenetischen Septikopyœmie, par J. CAMPBELL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 35, *p.* 1030, 1891).

II. — Zur Casuistik der kryptogenetischen Septicopyämie, par P. WAGNER (*Münch. med. Woch.*, 9, 10 *et* 11, 1892).

I. — Il s'agit ici de l'infection par le streptococcus pyogenes.

Fille de 7 ans 1/2, atteinte d'érysipèle de la face le 11 février ; le 13, anurie, délire, vomissements ; le 15, céphalalgie intense, raideur du cou, carphologie, ventre en bateau, diminution des réflexes, respiration irrégulière, apyrexie ; mort le 17.

On trouve des ecchymoses à la face externe de la pie-mère, de l'œdème cérébral. Cœur et poumons sains. Ganglions bronchiques semés de foyers caséeux anciens. Rate un peu grosse. Rein gauche tuméfié ; la substance corticale contient un grand nombre de petits foyers jaunes qui siègent dans les labyrinthes ; on y trouve aussi des foyers hémorragiques ; au microscope, néphrite parenchymateuse et interstitielle intense avec participation des glomérules.

Abcès rétro-pharyngien de la grosseur d'une noix, siégeant au côté droit ; cet abcès ne s'est révélé pendant la vie par aucun signe spécial. Pas d'abcès des amygdales.

Les cultures faites avec les éléments empruntés aux reins, à la peau et au foyer rétropharyngien montrent uniquement des streptococcus pyogènes.

L. GALLIARD.

II. — Les septicémies et pyohémies, qui surviennent à la suite de blessures insignifiantes, cachées ou même sans lésion apparente des téguments externes, ont été dénommées par l'auteur cryptogènes (*D. Arch. f. k. Med.*, 1891). Il en rapporte un certain nombre d'exemples. Une fois, il s'agit d'une femme de 34 ans qui meurt de pyohémie, la cause paraît être une piqûre insignifiante du doigt ; une autre fois c'est une chute sur la hanche, sans déchirure des téguments. Puis viennent des traumatismes articulaires, où la jointure même non ouverte, suppure et devient le premier foyer de l'infection générale. L'endocardite ulcéreuse, l'angine amygdalienne, la périthyphlite, une angiocholite peuvent aussi être en cause. Au point de vue bactériologique, les microbes trouvés dans ces cas ont été les staphylocoques blanc et doré, le streptocoque pyogène. C. LUZET.

A propos de la néphrite ourlienne, par LAVERAN (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 *mars* 1893).

Un soldat entre à l'hôpital le 1er février pour un début d'oreillons, à double parotidite. Le 5, la fluxion parotidienne a diminué, légère sensibilité du testicule droit sans fièvre. Le soir, fièvre 39°, somnolence ; dans la nuit, violente attaque convulsive durant un quart d'heure, puis coma. Le matin (6),

stertor, insensibilité pupillaire ; on retire de la vessie 150 grammes d'urines troubles, non albumineuses. Peu après nouvelle crise convulsive ; on extrait quelques grammes d'urines très albumineuses (saignée, ventouses sur les reins). Le lendemain (7) torpeur, fièvre, urine foncée très peu abondante, non albumineuse. Le 9, retour complet de l'intelligence. Testicules douloureux, peu volumineux, hydrocèle vaginale. A partir du 10, polyurie. Le 14, fin de l'orchite. Le 27, testicules mous menaçant de s'atrophier. H. L.

Aetiologische en Klinische onderzokingen over in Indië voorkomende Koortsvormen (Les fièvres dans les Indes hollandaises), par A. van der SCHEER (*Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indië XXXIII*, 2, *Batavia* 1893).

A. van der Scheer examina le sang de 150 malades, le premier ou le deuxième jour de leur entrée à l'hôpital de Batavia, alors qu'on n'avait pas encore fait de diagnostic ferme. Il peut bien se faire par conséquent qu'il y eut des cas qui ne fussent pas des cas de paludisme. Il trouva 105 fois des parasites : à savoir 38 fois les parasites de la tierce ou de la quarte seuls (grandes plasmodies), 34 fois ceux de la quotidienne seuls (petites plasmodies), 2 fois des grandes plasmodies et des petites mélangées, 28 fois des croissants et de petites plasmodies.

A. van der Scheer distingue, on le voit, les grandes plasmodies et les petites. Les grandes plasmodies se trouvent dans le monde entier; les petites ne se trouvent que dans les régions chaudes ; on ne les trouve pas dans les fièvres de Hollande ni d'Allemagne. En Italie les petites plasmodies sont très rares dans le nord ; on les trouve surtout dans le sud, et encore seulement en été. Dans les contrées subtropicales et tropicales on a en tout temps un mélange des deux.

1° Les grandes plasmodies prennent, à l'état jeune, toutes les formes possibles; dans les préparations sèches elles gardent toutes ces formes variables. Les petites ont souvent la forme d'anneau; dans les préparations sèches, elles ont toujours la forme d'anneau; 2° les grandes forment du pigment presque aussitôt après avoir pénétré dans les hématies. Les petites restent presque toujours sans pigment; elles n'en forment qu'au moment de se segmenter; 3° les grandes atteignent les dimensions d'une hématie, les petites n'arrivent qu'à la moitié; 4° les grandes se divisent en 4 ou 6 fois plus de segments que les petites; 5° les petites peuvent former des croissants, les grandes jamais; 6° l'hématie, envahie par les petites, peut se ratatiner en une masse irrégulière. Cela n'arrive jamais pour les grandes; 7° les formes de segmentation des grandes circulent assez souvent dans le sang; celles des petites restent dans la rate et les autres organes internes.

A. van der Scheer n'a jamais vu de formes de transition entre les grandes et les petites plasmodies.

Il vit les petites plasmodies dans 6 cas de fièvres pernicieuses : 3 comateuses, 1 algide-cholérique, 1 pernicieuse hémorragique, 1 fièvre bilieuse hématurique. (A noter que van der Scheer a trouvé l'hématozoaire du paludisme dans la fièvre bilieuse hématurique ; c'est en effet une question encore très controversée. Grawitz et Kohlstock l'y ont cherché en vain. NEIRET.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Experimentelle Untersuchungen über die Wehenthätigkeit des menschlichen Uterus bei der physiologischen Geburt (Recherches expérimentales sur les contractions utérines pendant l'accouchement normal), par P. WESTERMARK (*Skandinav Archiv für Physiologie, IV, p.* 331, 1892).

Étude des contractions utérines de l'accouchement faite chez vingt femmes au moyen d'un manomètre enregistreur relié à une ampoule exploratrice, remplie d'eau et introduite dans l'utérus.

1. La durée des pauses est la plus grande au début de la période de dilatation du col. Elle diminue au milieu de cette période et atteint un minimum à la fin de la période de dilatation et pendant la période d'expulsion.

2. 3 et 4. La pression intra-utérine baisse au moment de la rupture de la poche des eaux, puis tend à remonter à sa valeur primitive, valeur qu'elle atteint rarement.

5. Les manifestations douloureuses sont d'autant plus marquées que la pression intra-utérine est plus élevée.

6. A chaque douleur, la courbe de pression s'élève d'abord lentement puis plus rapidement, puis de nouveau graduellement jusqu'au maximum. Elle se maintient au maximum pendant 8 minutes 1 seconde en moyenne, puis descend lentement d'abord, ensuite rapidement pendant 5 à 26 secondes et enfin extrêmement lentement.

7. Après chaque contraction utérine, il reste un peu de contracture.

8 et 9. La fréquence des douleurs, petite au début de la période de dilatation, atteint son maximum à la fin de la période de dilatation et pendant la période d'expulsion. Elle diminue momentanément après quelques douleurs prolongées et énergiques.

10. La durée de chaque douleur est faible au début du travail et atteint son maximum pendant le dernier stade de l'accouchement.

11. La pression correspondant aux douleurs augmente pendant toute la durée du travail, et atteint son maximum à la fin.

12. Le muscle utérin a besoin d'un certain temps pour se remettre après une forte douleur. L. F.

Anuario de la clinica del Dr FARGAS (*Gr. in*-8°, 84 *pages*, *Barcelone*, 1892).

Dans cette brochure nous relevons seulement la statistique des opérations pratiquées à cette clinique gynécologique, du 15 septembre 1891 au 30 septembre 1892.

En total, 157 malades ont été opérées, dont 18 seulement pour des affections de chirurgie générale.

110 opérations par la voie vaginale, comprenant plus de 60 curetages, des amputations du col, des extirpations de fibromes, etc., ont donné 109 guérisons, au nombre desquelles nous voyons 1 hystérectomie va-

ginale pour inversion irréductible, 2 hystérectomies vaginales pour cancer du col, 1 cancer annulaire de la portion moyenne du rectum, extirpé par la voie sacrée (opération de Kraske).

Les laparotomies sont au nombre de 29, dont 26 pour des affections des annexes ou des fibromes utérins avec 21 guérisons ; 2 pour néphrorraphie, et 1 pour néphrotomie — ces trois dernières suivies de guérison. MAUBRAC.

Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus, par DOLÉRIS (*Nouvelles Arch. d'obst. et de gyn.*, *mars et suiv.*, 1893).

La métrite étant réservée aux infections microbiennes de l'utérus, il faut en séparer un certain nombre d'états qui étaient confondus avec elle. La subinvolution utérine, les troubles qui accompagnent la puberté et la ménopause, la dysménorrhée membraneuse, les lésions de la muqueuse utérine qui accompagnent le cancer et le fibrome de l'utérus sont d'une appréciation difficile. Il faut dès maintenant distinguer les symptômes qui simulent ceux de la métrite de ceux qui dépendent vraiment d'une métrite concomitante. Une étude approfondie de la question permet de reconnaître que dans bon nombre de cas, il ne s'agit pas de métrite, mais bien de fausses métrites. PORAK.

I. — Die Therapie der Retroflexio uteri, par MACKENRODT (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 9, p. 216, 27 février* 1893).

II. — Ueber die operative Heilung der Retroflexio uteri auf Grund von 114 operativen Faellen, par DUEHRSSEN (*Ibidem*).

I. — Contre la rétroflexion utérine, Mackenrodt a imaginé le procédé suivant d'hystéropexie vaginale. Il attire le col fortement en bas, incise longitudinalement le vagin, de l'urètre jusqu'au col, et ajoute à cette première incision deux autres incisions latérales du vagin. En disséquant à partir de la ligne médiane, il détache deux lambeaux et refoule la vessie dans le champ opératoire dénudé. Puis il applique à partir du vagin plusieurs points de suture à travers la paroi antérieure du segment inférieur du corps de l'utérus, les noue et referme la plaie.

II. — Dührssen a pratiqué 114 fois l'opération suivante contre la rétroflexion utérine ; 102 des femmes ont été guéries.

Refoulant la vessie en avant à l'aide d'une sonde, il attire le col utérin jusqu'à la vulve ; fait, au niveau des insertions du vagin sur le col, une incision transversale qu'il poursuit dans la profondeur avec les ciseaux. Ensuite il décolle la vessie du col, amène dans la plaie, à l'aide d'une sonde recourbée, le fond de l'utérus et place jusqu'à 4 ligatures à travers le fond et la paroi antérieure de l'utérus. J. B.

Demonstration eines Falles von hochgradigem Prolapsus Uteri....., par GELPKE (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n° 5, p. 182, 1er mars* 1893).

Contre le prolapsus de l'utérus, Gelpke a pratiqué trois fois une opération qui tient le milieu entre celle de Hegar et la périnéoplastie de L. Tait. Deux incisions, commençant au niveau de la commissure vulvaire, se rencontrent à angle aigu sur la commissure postérieure du vagin. Ce lambeau, comme dans l'opération de Hegar, est détaché du

vagin sur une hauteur de 5 ou 6 centimètres, mais on ne le sectionne pas. On suture le périnée, la vulve et le lambeau rabattu ; les sutures périnéales comprennent 5 ou 6 centimètres de tissu, les autres sutures sont faites comme dans l'opération de Tait.

De cette manière, la vulve peut être fermée au moins jusqu'à son tiers supérieur. Gelpke attribue à son procédé opératoire les avantages suivants. Il est plus aseptique que les autres, parce qu'on n'opère pas dans le vagin. Il est plus rapide que les opérations de Hegar, de Bischoff et de Martin, parce qu'on ne fait pas de sutures vaginales ; il est aussi moins sanglant qu'eux. Le nouveau périnée est tout aussi massif mais beaucoup plus large qu'avec les anciens procédés.

La première opération de Gelpke remonte à dix-huit mois ; il s'agissait d'un cas léger. La seconde opération date d'un an. Elle concerne une femme de 58 ans qui avait depuis 8 ans un prolapsus total rebelle aux pessaires ; cette opérée ne présente pas trace de récidive, son périnée a 6 centimètres de large. La dernière opération a été faite il y 6 mois sur une femme de 57 ans, ayant depuis 5 ans un prolapsus total formant tumeur du volume d'un œuf d'oie. Dans ces deux derniers cas, Gelpke a pratiqué la colporraphie antérieure avant la périnéoplastie.

Il conclut que son procédé convient surtout pour les prolapsus considérables des femmes âgées. J. B.

Zur Kasuistik partieller Resektion des erkrankten Ovarium (Résection partielle de l'ovaire malade), par A. SIPPEL (*Centr. für Gyn.*, 3, 21 *janvier* 1893).

Il s'agit d'une femme âgée de 30 ans, atteinte d'une double tumeur ovarique, ayant eu un enfant cinq ans auparavant et très désireuse d'en avoir d'autres.

En l'opérant, Sippel constata que l'ovaire droit était entièrement transformé en une tumeur du volume de la tête d'un enfant, et il dut l'enlever complètement ainsi que la trompe correspondante. L'ovaire gauche avait le volume d'un œuf d'oie ; mais une petite partie de cet organe, au voisinage du hile, était restée saine. Toute la région malade fut réséquée et on laissa en place une petit masse saine de 4 centimètres de longueur sur 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Guérison parfaite.

Deux ans après survint une grossesse, qui évolua très régulièrement et se termina par la naissance à terme d'un enfant vivant. CH. MAYGRIER.

Zur operativen Behandlung der Fibromyome des Uterus, par P. MUELLER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 3, *p.* 110, 1er *février* 1893).

Compte rendu de 34 corps fibreux de l'utérus enlevés par le vagin. La majorité d'entre eux étaient pédiculés : la moitié de ces tumeurs furent sectionnées avec les ciseaux, l'autre avec l'anse galvanocaustique. Un petit nombre de fibromes purent être énucléés ; parmi eux s'en trouve un opéré chez une femme enceinte dont la grossesse ne fut pas interrompue.

Une seule des opérées a succombé, elle était profondément anémiée.

J. B.

I. — Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale, par MALAPERT (*Thèse de Paris*, 1883).

II. — De l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pèri-utérines, par LAFOURCADE (*Thèse de Paris*, 1893).

I. — Thèse exclusivement consacrée à la description de l'hystérectomie vaginale, dont il existe deux grandes méthodes : ablation totale de l'utérus et ablation par fragments ; dans ce dernier cas l'auteur préconise le procédé suivi par Richelot qui ne partage pas l'utérus en deux moitiés, mais se contente d'agir sur sa face antérieure jusqu'au fond de l'organe qu'on atteint facilement.

II. — Après l'historique et la description des différents procédés opératoires usités pour l'ablation de l'utérus dans les suppurations pelviennes, Lafourcade compare les résultats opératoires que donnent l'hystérectomie vaginale et la laparotomie. Sur 391 interventions par le vagin, l'auteur n'a relevé que 34 morts, soit 8,66 0/0 de mortalité, tandis que sur 380 laparotomies, il note 58 morts, c'est-à-dire une mortalité de 15,2 0/0.

La première de ces opérations est donc plus bénigne que la seconde. Seule elle est applicable dans les cas de suppurations diffuses du petit bassin, dans le pyo-salpinx bilatéral enkysté et adhérent ou accompagné de rétroflexion immobile, dans les abcès ouverts dans un organe voisin et dans les récidives après laparotomie antérieure. On doit également la pratiquer dans les pyo-salpinx tuberculeux et, en présence de petites poches bilatérales et énucléables, elle n'est pas plus dangereuse que la laparotomie.

De cette dernière sont justiciables les lésions unilatérales et les lésions bilatérales, situées haut et sans prolongement dans les culs-de-sac du vagin. OZENNE.

Ueber eine neue Methode der Totalexstirpation des Uterus, par K. A. HERZFELD (*Cent. für Gyn.*, 2, 14 *janvier* 1893).

Plusieurs gynécologues ont eu l'idée d'appliquer la méthode de Kraske à l'ablation de l'utérus. Herzfeld a pratiqué également l'extirpation de cet organe par la voie sacrée, mais son procédé est tout différent de celui de Hochenegg en particulier et beaucoup plus simple. Voici la description qu'il en donne.

La femme étant couchée sur le côté gauche, la paroi est incisée depuis l'épine iliaque postérieure et supérieure droite jusqu'à un centimètre de l'anus ; l'incision est dirigée un peu à gauche, et suit la crête sacrée. Le coccyx mis à nu est réséqué ; bien que son ablation soit suffisante, on peut, pour plus de commodité, réséquer également la partie inférieure de la dernière vertèbre sacrée.

L'aponévrose prévertébrale est fendue sur une sonde cannelée dans toute la hauteur de l'incision. On aperçoit alors le bord droit du rectum et, en avant, le vagin nettement distinct. La recherche du cul-de-sac de Douglas est très facile, et on l'ouvre entre deux pinces, en ayant soin d'agrandir son ouverture plus à droite qu'à gauche, à cause du rectum. L'opérateur introduit à travers la plaie péritonéale son doigt recourbé en crochet et va attirer le fond de l'utérus en bas et en arrière. La ligature des ligaments larges est faite en trois segments et leur section est prati-

quée. L'utérus ne tient plus que par le vagin et le cul-de-sac péritonéal antérieur. Ce dernier est alors ouvert en avant du col, et la vessie est décollée de l'utérus et du vagin. Avant d'ouvrir le vagin pour enlever l'utérus, il est très important de suturer le péritoine, en unissant la séreuse du cul-de-sac antérieur à celle du cul-de-sac postérieur. La cavité péritonéale étant ainsi fermée, le vagin est alors incisé au-dessous du col, et l'utérus séparé en deux coups de ciseaux. Une fois cet organe extrait, l'ouverture du vagin est suturée soigneusement. Nettoyage de la plaie, réunion de la peau, drainage avec une mèche de gaze iodoformée.

Herzfeld insiste sur les avantages suivants de sa méthode : incision à droite, qui permet d'éviter le rectum et d'arriver plus facilement sur le cul-de-sac de Douglas ; suture du péritoine avant l'ouverture du vagin, d'où impossibilité d'infecter la séreuse par le contact du cancer.

L'extirpation de l'utérus par la voie sacrée est indiquée quand le cancer a envahi le corps, quand l'organe est très volumineux, quand il y a extension plus ou moins marquée au vagin, quand l'utérus est immobilisé par des adhérences. Dans les cas au contraire où le col est seul atteint, l'utérus petit et mobile, l'hystérectomie vaginale est préférable.

L'auteur a opéré, par cette méthode, trois femmes qui ont guéri, et dont il rapporte les observations. CH. MAYGRIER.

Totalexstirpation eines im 6 Monat graviden Uterus wegen Carcinom (Ablation totale d'un utérus cancéreux à six mois de grossesse), par L. STOCKER (*Centr. für Gyn.*, 32, 13 *août* 1892).

Il s'agit d'une femme enceinte, âgée de 36 ans, déjà mère de huit enfants. Les dernières règles ont eu lieu en octobre 1891. A deux mois de grossesse, elle a commencé à avoir des pertes brunâtres, accompagnées de caillots sanguins, et à ressentir des douleurs abdominales. Un médecin appelé au milieu d'avril constata à la fois la grossesse et l'existence d'une induration anormale.

Stocker vit la malade le 18 avril ; l'utérus remontait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; la grossesse était de six mois ; l'enfant était vivant. Le toucher lui fit reconnaître un cancer du col. Le canal cervical était envahi dans toute son étendue. Le 21 avril, il pratiqua l'ablation totale de l'utérus. L'opération fut faite en partie par l'abdomen, en partie par le vagin. Après ouverture du ventre, l'utérus fut attiré au dehors ; puis les ligaments larges furent liés et séparés de l'utérus jusqu'à la hauteur de l'orifice interne. Après quoi, le col fut entouré d'un lien élastique, l'utérus ouvert ; le fœtus qui était mort pendant l'opération fut extrait, l'utérus enlevé avec ses annexes et le canal cervical désinfecté avec une solution phéniquée forte. La paroi abdominale fut refermée. Puis l'opérateur procéda à l'ablation du col par le vagin. Les suites furent excellentes et la malade quitta l'hôpital le vingt-huitième jour.

L'extirpation totale de l'utérus gravide cancéreux n'a pas été pratiquée fréquemment. Cette opération a été faite à la fin de la grossesse par Bischoff et Schrœder avec mort de la mère dans les deux cas, et par Fritsch en 1891 avec succès pour la mère et l'enfant.

Hofmeier a enlevé un utérus cancéreux à deux mois et demi de grossesse, et la mère a guéri.

Il n'y avait jusqu'à présent que deux observations d'ablation d'utérus pour cancer du col à six mois de grossesse ; l'une de Spencer Wells

(1882), qui fit l'opération de Freund ; l'autre de Zweifel (1888), qui enleva l'utérus par l'abdomen et par le vagin. Dans les deux cas, la femme guérit.

Ce dernier mode d'intervention est celui que préconise l'auteur. En se bornant à extraire le corps de l'utérus par la laparotomie, on ne court pas le risque d'infecter la cavité abdominale par le contact de la masse cancéreuse. Et en enlevant ensuite le col malade par le vagin, on l'a mieux sous les yeux et on ménage plus facilement les uretères.

CH. MAYGRIER.

Zur Kasuistik und Diagnose der Frendkörper im Uterus (Diagnostic des corps étrangers dans l'utérus), par Alb. TANNEN (*Centr. für Gyn.*, 28, 16 *juillet* 1892).

Femme ayant fait une fausse couche quatre semaines auparavant: pour arrêter l'hémorragie, elle s'était introduit dans le vagin un tampon de ouate à l'aide d'une épingle à cheveux. Elle perdit connaissance et ne retrouva plus l'épingle. Depuis ce moment, elle éprouvait de violentes douleurs en allant à la garde-robe, en urinant, et quand elle était assise ; elle perdait aussi beaucoup de sang.

Le toucher donna les renseignements suivants : utérus en rétroflexion, augmenté de volume, col légèrement entr'ouvert. Toutefois, l'examen de la cavité utérine avec le doigt était impossible, et le cathétérisme ne donnait aucun signe de corps étranger. L'orifice interne fut dilaté, et on pratiqua le curetage. La curette permit alors de constater la présence de l'épingle qui fut extraite avec une pince. On ne fit pas d'injection utérine dans la crainte d'une perforation, et on se borna à tamponner l'utérus avec de la gaze iodoformée. Guérison.

Tanner insiste sur l'avantage que présente l'emploi de la curette dans le cas de corps étrangers utérins ; elle est préférable à l'exploration avec le doigt ou la sonde.

CH. MAYGRIER.

Ein Fall von puerperaler Knochenerweichung (ostéomalacie) durch Castration geheilt, par HARAJEWICZ (*Wiener med. Presse*, 2 *juillet* 1893).

Femme de 45 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, mariée à 18 ans, 12 grossesses. Au cours de la 11e grossesse, douleurs sourdes dans la région sacrée et dans les os du bassin ; le diagnostic d'ostéomalacie put être porté lors de la 12e grossesse dont la terminaison fut normale, du reste. Plusieurs mois après son dernier accouchement la malade était encore au lit, son état s'aggravant journellement. Elle entre en février 1892 à l'hôpital. Laparotomie ; ablation des ovaires ; quelques semaines après, la malade pouvait marcher ; les os restaient déformés mais étaient redevenus durs et les douleurs ostéocopes avaient disparu. La malade ne suivit aucun traitement médical.

CART.

Leçons de chirurgie obstétricale, par MAYGRIER, (*In*-8. *Paris*, 1893).

Les quatre premiers chapitres ont pour sujet l'étude des bassins moyennement rétrécis, c'est-à-dire ceux qu'on rencontre le plus communément, ceux, par conséquent, qui sont le plus utiles à reconnaître. Leur étude y est exposée avec une grande clarté. M. repousse toute idée de traitement systématique. La symphyséotomie n'était pas encore couramment employée et n'y est l'objet que d'une courte note. L'accou-

chement prématuré y est examiné avec tous les détails que cette intervention comporte. Le choix de l'emploi de la version et du forceps repose sur des indications et des contrindications qui ne donnent pas à l'une de ces opérations une préférence trop exclusive.

A propos de la rigidité du col, la syphilis, qui joue un rôle manifeste dans l'étiologie, y est l'objet de considérations étendues. Les 6e, 7e et 8e leçons sont consacrées à l'étude de la dystocie par fibro-myomes. Le chapitre qui concerne le traitement mérite surtout d'être lu. On y trouvera en particulier les résultats de myomotomies pratiquées pendant la grossesse, qui ont donné 17 guérisons et 4 décès.

Les deux chapitres suivants consistent en une étude très intéressante de la mort subite chez les femmes atteintes d'insertion vicieuse du placenta. M. insiste sur la nécessité chez ces femmes d'éviter pendant l'accouchement la décompression brusque de l'abdomen, entre autres recommandations.

Dans le cas de végétations des organes génitaux pendant la grossesse, M. déconseille l'opération. Il a eu de bons succès de badigeonnages avec une solution concentrée de tannin. PORAK.

Contribution à l'étude des inclinaisons latérales de l'utérus gravide dans les présentations du sommet, par VALLOIS (*Arch. de toc. et de gyn., juin* 1893).

Les inclinaisons gauches et la situation médiane de l'utérus se rencontrent un peu plus fréquemment qu'on ne l'admet dans les ouvrages classiques. L'inclinaison latérale se retrouve soit avec un utérus régulier soit avec un utérus dont le fond est irrégulier. La situation du col dépend ordinairement, avec quelques variétés cependant, de la situation générale de l'utérus dans le premier cas, se trouvant à l'opposé de l'inclinaison du corps. Dans le second cas, on reconnaît du côté de l'inclïnaison une corne utérine qui est plus haute et semble plus développée que celle du côté opposé. Cette dernière disposition se retrouve beaucoup plus que la première lorsque l'inclinaison de l'utérus n'est pas sujette à varier. La cause de l'inclinaison et du changement de l'inclinaison reste encore inexpliquée.

L'obliquité persiste pendant le travail, s'atténue souvent pendant les couches. Toujours est-il qu'elle ne semble pas avoir d'influence notable sur la position du fœtus, sur l'engagement de la tête suivant le diamètre oblique gauche, ni sur la marche du travail.

Les tentatives pour corriger l'obliquité échouent ordinairement, tandis que celle-ci se rectifie quelquefois spontanément. PORAK.

Missed labour und missed Abortion (vom Uterus) vergessene Geburtsthaetigkeit, par GELPKE (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 3, *p.* 107, 1er *février* 1893).

Femme de 43 ans 1/2, ayant eu 9 accouchements et 1 fausse couche; règles régulières mais retardant. Au commencement de septembre 1891, dernière période menstruelle; d'octobre à décembre, signes fonctionnels de grossesse: nausées, vomissements, développement du ventre. A la fin de janvier 1892, perception des mouvements fœtaux qui continuent jusqu'au milieu de mars. A partir de cette date, le ventre cesse de se développer. Le 14 juin, c'est-à-dire au terme normal de la grossesse, douleurs expulsives,

normales d'intensité et de fréquence; après avoir duré 15 heures, elles s'affaiblissent et il survient une diarrhée profuse.

Le 23 juin, Brandenberg examine pour la première fois la malade. Le volume de l'utérus (qui est très dur) correspond au 5e mois de la grossesse; le col, nullement ramolli, admet le doigt. De temps en temps contractions utérines peu énergiques; diarrhée toujours profuse.

Le 30 juin, l'état de l'utérus n'a subi aucune modification. Les douleurs expulsives ont cessé, mais il existe de fortes douleurs dans les reins et le ventre.

Le 8 septembre, réapparition brusque des contractions utérines et le lendemain matin, expulsion d'un fœtus, macéré, de 4 à 5 mois; l'extraction de la tête dernière nécessite des tractions énergiques. Liquide amniotique, couleur de chocolat, non fétide; placenta frais.

La grossesse s'était donc prolongée 12 mois entiers. (*R. S. M.*. IV, 545; V, 595; VII, 623; VIII, 635; IX, 630 et 636; XII, 203; XX, 211, et XXXVI, 571.)

J. B.

Le mécanisme de la parturition, par P. PARISOT (*Thèse de Nancy*, 1893).

Le mécanisme de la descente de la tête à travers le bassin pendant le travail a déjà été étudié par Sabatier, l'auteur borne son étude à la flexion et à la rotation dans la présentation du sommet. Son travail repose sur l'étude de 143 observations donnant la fréquence suivante pour les positions : O. I. G. A. : 72; O. I. D. P. : 53 ; O. I. G. P : 10 ; O. I. D. T : 1. On voit que la position O. I. D. T. y est considérée comme primitive et que l'O. I. D. A. n'est pas indiquée.

Dans les O. I. G. A., la flexion d'abord, puis la rotation s'effectuent sur le plancher du bassin 41 fois ; la flexion partielle au détroit supérieur complétée sur le plancher du bassin, puis la rotation 3 fois ; la flexion complète au détroit supérieur ou dans l'excavation et la rotation sur le plancher du bassin 17 fois, la flexion au détroit supérieur ou dans l'excavation survie de la rotation dans l'excavation 9 fois ; rotation nulle avec ou sans flexion 2 fois.

Dans les O. I. D. P. la flexion qu'elle ait lieu au détroit supérieur, dans l'excavation ou au détroit supérieur, précède la rotation qui a lieu ou se termine sur le plancher du bassin 28 fois ; la rotation et la flexion se produisent simultanément au niveau du plancher 17 fois et dans l'excavation 3 fois.

Les O. I. G. P. et les O. I. T. diffèrent des précédentes en ce que la flexion présente encore plus d'irrégularités.

On ne doit admettre comme cause de la flexion et de la rotation que le rapport qui existe entre son volume et les dimensions du passage ; ce qui revient au mécanisme de l'accommodation décrit par Pajot.

La présence du rectum à gauche explique l'existence des O. I. D. T. et du défaut de rotation complète souvent observé dans la rotation des O. I. G. P.

PORAK.

Étude sur le liquide amniotique coloré en vert pendant le travail, par Maurice LEVY (*Thèse de Paris*, 1893).

Sur 17,000 accouchements, le liquide teint en vert a été rencontré 708 fois ; 281 fois il existait une insertion vicieuse du placenta, 119 fois des circulaires du cordon, 85 fois une longueur exagérée du travail,

29 fois la procidence du cordon, 8 fois un nœud du cordon, 13 fois l'insertion vélamenteuse du cordon, 4 fois l'éclampsie, 14 fois l'albuminurie, 2 fois une longueur exagérée du cordon, 5 fois une brièveté exagérée du cordon, 26 fois de l'hydramnios, 1 fois une quantité insuffisante de liquide amniotique, 1 fois le décollement du placenta, 15 fois la syphilis maternelle, 3 fois une température élevée de la mère, 1 fois une présentation de la face, 3 fois des malformations fœtales, 84 fois pas de causes appréciables. On a éliminé les présentations du siège.

L'existence du liquide amniotique vert est due au mélange de méconium avec le liquide amniotique ; il trahit la gêne de la circulation fœtale, souvent le malaise et le danger couru par l'enfant.

Sur les 708 cas formant cette statistique, 16 fois l'enfant est venu mort ou en état de mort apparente, suivie de mort réelle dans les premières heures qui ont suivi la naissance, 33 fois l'enfant est venu en état de mort apparente et a pu être ranimé. Donc, 659 fois l'enfant n'avait pas souffert ; il est vrai que, dans un bon nombre de cas, l'écoulement du liquide amniotique avait fourni l'indication d'une terminaison rapide de l'accouchement.

Dans 49 cas, 6 fois seulement les battements du cœur fœtal ont été assez modifiés pour avertir du danger couru par l'enfant. Les causes de la mort réelle ou apparente de l'enfant ont été l'insertion vicieuse du placenta, 16 fois pour la mort apparente, 6 fois pour la mort réelle ; le travail prolongé 3 fois pour la mort apparente, 5 fois pour la mort réelle; l'éclampsie, 4 fois pour la mort réelle.

C'est donc surtout dans les cas précédents que l'écoulement du liquide amniotique vert devra engager le praticien à terminer rapidement l'accouchement par l'opération obstétricale indiquée. PORAK.

Sur un cas de paralysie puerpérale généralisée, par SOTTAS (*Arch. de toc. juin* 1893).

Il s'agit d'une femme à antécédents névropathiques, d'une santé générale mauvaise, ayant eu successivement plusieurs grossesses difficiles et qui, à la suite d'une nouvelle grossesse pénible, est prise presque immédiatement d'une paralysie ascendante et rapidement envahissante des muscles des membres et du tronc. Il ne se produit pas de symptômes céphaliques, la face est intacte, mais le larynx est pris. Cette paralysie est accompagnée de douleurs vives sans grande altération de la sensibilité objective, d'une atrophie musculaire très marquée, d'une disparition presque complète de la contractilité faradique des muscles atteints. Il existe, en plus, quelques irrégularités du côté des sphincters. La malade arrive à sa période d'état en trois semaines : elle reste stationnaire pendant deux mois, et, au moment où les symptômes paralytiques commençaient à s'amender, la malade, atteinte de lésions tuberculeuses du poumon très avancées, succombe trois mois après le début de l'affection paralytique. Pas d'examen nécroscopique.

On ne peut hésiter dans le diagnostic qu'entre une polynévrite à forme de paralysie spinale antérieure subaiguë, une myélite centrale diffuse. L'auteur conclut à l'existence d'un polynévrite périphérique de nature infectieuse. Outre les symptômes et la marche de la maladie, on y retrouve l'étiologie dans l'existence des vomissements incoercibles et de la fièvre survenue pendant les couches. PORAK.

I. — Phlegmatia alba dolens puerpérale, par RICHARDIÈRE (*Arch. de toc., novembre* 1892).

II. — De la phlegmatia alba dolens puerpérale. Sa nature infectieuse, par RIVIÈRE (*Ibidem*).

I. — Mad. X..., quatripare. Accouche pour la cinquième fois sans accidents. Frissons les 4e, 12e, 13e et 14e jours. Le 14e jour, début de la phlegmatia alba dolens, qui se confirme avec persistance d'une fièvre légère. L'enfant qui, dès le 15e jour a été soumis aux soins d'une nourrice au sein est pris, le 30e jour, d'un érysipèle débutant à la cuisse gauche qui entraîna la mort le 36e jour.

La transmission des accidents de la mère à l'enfant semble due à ce que les linges salis provenant de la mère, étaient gardés dans la chambre de l'enfant et ont pu infecter le linge qui lui servait.

La relation entre la phlegmatia alba dolens de la mère et l'érysipèle n'est, en tout cas, pas contestable.

L'observation clinique vient donc justifier les travaux récents qui rangent définitivement la phlegmatia alba dolens parmi les accidents pyogènes.

II. — De la critique de huit observations personnelles de phlegmatia alba dolens, toutes suivies de guérison, R. conclut dans le sens indiqué par Widal à savoir que cette complication est une manifestation de la septicémie atténuée.

Une seule fois, il est vrai, on obtint de la culture du sang des résultats positifs, y faisant reconnaître la présence de staphylocoque doré. Dans aucun des cas, l'accouchement n'avait été fait avec les précautions antiseptiques suffisantes. Toujours l'accident fut précédé, et quelquefois il fut accompagné de fièvre. On constata la douleur dans la veine avant la constatation de l'existence de caillot : la phlébite avait donc précédé le thrombose. Dans trois cas, l'inflammation siégea autre part que sur la veine saphène, une fois dans une veine sous-cutanée abdominale, une fois dans la veine tibiale, une autre fois dans une veine malléolaire.

PORAK.

Tête venant la dernière, l'occiput tourné en arrière, par REMY (*Arch. de toc. décembre* 1892).

Quatre cas de dégagement, l'occiput en arrière dans la présentation du siège. Sauf dans un cas, les enfants n'ont pas survécu.

Le diamètre occipito-mentonnier étant plus grand que le diamètre antéro-postérieur du bassin, le mécanisme de l'arrêt de la descente de la tête par l'accrochement du menton au-dessus du pubis est bien réel. Mais l'obstacle à la descente de l'occiput dû, soit au détroit supérieur, soit au col de l'utérus étant vaincu, le dégagement à travers le bassin et le plancher périnéal est toujours facile.

Ainsi lorsque la tête est bien amorcée, il n'y a d'autre opération possible que les tractions sur le corps de l'enfant, son ventre étant porté sur le ventre de la mère ou l'application du forceps. Au détroit supérieur, avant de recourir au forceps, on devra essayer d'exécuter la rotation de la tête, de façon à ramener l'occiput en avant. PORAK.

Sur une cause non décrite de dystocie des têtes molles, par E. BLANC (*Arch. de toc., avril* 1893).

Les têtes molles subissent dans le bassin des réductions peu utiles. Elles se tassent sur l'obstacle au lieu de le franchir. Elles se déforment sur place et prennent des inclinaisons vicieuses. C'est surtout au niveau du périnée que la progression est ordinairement arrêtée. La lenteur habituelle du travail dans ces cas est donc due aux inclinaisons, rotations, flexions vicieuses de la tête. L'enfant court non seulement des risques du fait du retard de l'accouchement, mais encore des compressions du cerveau et même du bulbe, insuffisamment protégés. PORAK.

Amputation de l'utérus gravide et de ses annexes, par FERNANDÈS (*Arch. de toc., février* 1893).

Primipare, à terme, en travail depuis vingt heures. Poche des eaux rompues depuis onze heures. Procidence de cordon. Enfant mort. Existence de plusieurs fibro-myomes utérins, l'un d'entre eux remplit l'excavation pelvienne et rend impossible l'accouchement par les voies naturelles. Laparotomie. On sectionne l'utérus au niveau du col. Traitement du pédicule par le procédé de Schrœder, c'est-à-dire évidement du col, sutures au catgut en étages et abandon dans la cavité péritonéale. Suture de la paroi abdominale. Suites de l'opération satisfaisantes, la température ne s'élève pas au-dessus de 38°,5. Guérison. PORAK.

Colpaporrhexis in partu ; Exstirpatio uteri per laparotomiam (Arrachement du vagin pendant le travail), par BIDDER (*Centr. für Gyn.*, 21 *janvier* 1893).

Femme de 37 ans, ayant eu 8 grossesses, dont 2 terminées par un avortement et 6 par la naissance d'enfants morts pendant le travail. Elle est enceinte pour la neuvième fois. Arrivée à la fin de sa grossesse, elle ressent les premières douleurs le 2 novembre à 10 heures du soir, et perd les eaux en se rendant à un asile de femmes enceintes. A 4 heures du matin, elle ressent une douleur extrêmement violente et brusque dans le bas-ventre, du sang s'écoule par le vagin, et les contractions se suspendent complètement. Le 3 novembre elle est conduite à la maternité de Saint-Pétersbourg, distante de plusieurs kilomètres.

A son entrée, son état général est assez satisfaisant ; mais elle est très anémiée. Le pouls est à 124, la température à 35°,6. Le ventre est tendu, sensible à la pression. Le palper est très difficile ; le fonds de l'utérus semble situé à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'auscultation est nulle. Il n'y a pas de contractions utérines. Au toucher, on trouve un vagin large et ramolli ; aucune partie fœtale sous le doigt, qui sort teint de sang. L'angle sacro-vertébral est saillant et le diamètre promonto-sous-pubien est de 9 centimètres,

On anesthésie alors la femme et on la place en travers de son lit pour faire une exploration plus complète. La main introduite dans le vagin constate une large déchirure située en avant et à gauche et paraissant intéresser tout le pourtour de l'utérus qui ne tient plus que par un lambeau à la partie postérieure. Le fœtus est passé dans la cavité péritonéale. On saisit un pied et on fait l'extraction. La tête retenue défléchie est perforée et extraite avec le cranioclaste.

La délivrance a lieu aussitôt après la sortie de la tête.

En présence d'une aussi vaste déchirure, et étant donné que le fœtus a dû séjourner près de 16 heures dans le péritoine, Bidder pratique la laparotomie.

A l'ouverture du ventre, il s'écoule du sang liquide et quelques caillots. L'utérus apparaît alors bien rétracté et *absolument intact*. La déchirure occupe le cul-de-sac vaginal antérieur, qui est complètement détaché à ses insertions sur le col. La lésion s'étend à droite et à gauche à la base des ligaments larges, en sorte que l'utérus ne tient plus au vagin en arrière que par la lèvre postérieure du col.

On fait l'ablation complète de l'utérus. On suture les parois antérieure et postérieure du vagin l'une à l'autre, en ne laissant qu'un très petit orifice pour établir un drainage avec une mèche de gaze iodoformée.

On nettoie le péritoine et on referme l'abdomen. Guérison complète et rapide en quinze jours. CH. MAYGRIER.

Zur Frage der Eklampsiebacillen, par DÖDERLEIN (*Cent. für Gyn.*, 1, 7 *janvier* 1893).

Döderlein, dans le but de contrôler les assertions de Gerdes sur l'existence d'un microbe spécial à l'éclampsie (*R. S. M.* XLI, 600), s'est livré à des recherches bactériologiques sur ce sujet. Il a pu expérimenter sur huit femmes éclamptiques, dont trois ont succombé après l'accouchement.

Dans tous les cas, il a examiné les urines de la mère ; dans 4 cas, le sang maternel ; dans tous les cas le sang de l'enfant ; dans tous également le placenta, et dans 2 cas l'urine de l'enfant.

Les cultures ont été faites sur l'agar et dans la gélatine. Toutes sont restées stériles, sauf pour l'urine maternelle. Dans ce dernier cas, une ou deux colonies se sont développées, ce que l'auteur attribue à un défaut de pureté absolue de l'urine recueillie.

La conclusion de Döderlein est analogue à celle de Hœgler et Hofmeister (*R. S. M.* XLI, 601). Le microorganisme décrit par Gerdes comme le microbe de l'éclampsie n'est pas l'agent producteur de cette maladie. CH. MAYGRIER.

Syphilis et éclampsie, par G. LANG (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, *octobre-novembre* 1892).

D'un cas grave d'éclampsie survenue chez une syphilitique, l'auteur se demande s'il existe une relation étiologique entre les deux états. Cela semble probable puisque d'après les nombreuses statistiques qu'il a réunies, il arrive à ce résultat que la syphilis, dans ses premières périodes, prédispose certainement à l'albuminurie et à la néphrite, et que celles-ci se reproduisent avec plus de fréquence encore lorsqu'à la syphilis se joint la grossesse. Que la syphilis soit maintenant une cause aggravante de l'éclampsie, la seule observation rapportée dans ce travail ne peut servir à le démontrer. PORAK.

I. — De l'emploi des injections sous-cutanées d'eau salée dans le traitement de l'albuminurie gravidique grave, par PORAK et BERNHEIM (*Congrès obstétrical de France*, 1893).

II. — Traitement de l'éclampsie puerpérale, en particulier par les injections sous-cutanées d'eau salée, par BERNHEIM (*Ibidem*).

Les auteurs considèrent l'éclampsie comme une auto-intoxication dont le pronostic est le plus souvent lié aux caractères et aux quantités de

l'urine émise. La gravité de l'éclampsie et de l'albuminurie peut donc être établie lorsque la quantité d'urine émise est peu abondante. D'où l'indication thérapeutique précise de provoquer et de provoquer rapidement la diurèse. Aucun des moyens thérapeutiques employés dans le traitement de l'éclampsie ne satisfait à cette indication pressante, à moins d'être dangereux, comme dans l'usage des diurétiques toxiques.

Les auteurs ont imaginé de pratiquer des injections sous-cutanées abondantes d'eau salée pouvant monter jusqu'à 2 litres en 24 heures, la quantité de sel par litre étant de 7gr,50.

Dans 6 cas, le pronostic a été jugé favorable d'emblée, on n'a institué aucun traitement, la guérison a été constamment obtenue spontanément.

Dans 8 cas, le pronostic a été considéré comme très grave et on n'a, sauf dans 1 cas, pas pratiqué d'autre traitement que les injections d'eau salée. On n'a constaté qu'un seul décès.

Ces résultats sont, dans une maladie aussi grave que l'éclampsie, encourageants. PORAK.

Considérations sur la pathogénie de l'éclampsie puerpérale, par HERRGOTT (*Rev. méd. de l'Est*, *n°* 3, *p.* 65, 1893).

Neuf éclamptiques ont été examinées au point de vue bactériologique ; l'examen du sang a toujours été négatif ; il en a été de même de l'examen des viscères de l'une des malades qui avait succombé.

L'examen des urines, fait avec toutes les précautions nécessaires, n'a été positif que deux fois. Il a fait constater la présence à l'état de pureté d'un microbe qui, dans une même culture, prend divers aspects : bâtonnet trapu, court, deux fois plus long que large, ou ovoïde, ou en biscuit, ou encore bacille présentant des mouvements de reptation et s'incurvant latéralement. Ce microbe n'a pas de spores libres ; il se colore rapidement par les couleurs d'aniline et se décolore facilement par la méthode de Gram. Sur gélose, il donne rapidement des plaques blanches humides et lisses. Sur gélatine, en piqûre, il donne un pointillé le long de la piqûre avec un léger développement à la surface ; au bout de quinze jours, il se forme une ligne blanchâtre finement dentelée le long de la piqûre avec culture en clou, tête arrondie, d'un blanc grisâtre, un peu translucide à sa surface ; la gélatine n'est pas liquéfiée. Sur pomme de terre, il donne des papules grises humides. Le bouillon est rapidement troublé et reste trouble.

Le microbe est pathogène pour le lapin, au moins dans les cultures récentes ; il a déterminé l'avortement de femelles pleines. Le microorganisme a été retrouvé chez les animaux dans les organes et le sang.

Dans certains cas, l'éclampsie puerpérale est de l'urémie vraie ; dans d'autres elle est produite par un microbe pathogène spécial. LEFLAIVE.

Étude critique sur 530 cas d'avortements, par BRION (*Thèse de Paris*, 1892).

Les causes les plus fréquentes de l'avortement sont l'insertion vicieuse (64), la syphilis (52), l'albuminurie (27), l'hydramnios (13), la récidive (152), malformation 7 fois (dégénérescence kystique des villosités, fibrome utérin sous-muqueux, rétroversion ou bifidité de l'utérus).

L'hémorragie est observée souvent (169), que l'avortement se fasse en un temps (48) ou en deux temps (453).

L'enfant était vivant 221 fois, mort et macéré 199 fois, mort pendant le travail 14 fois. La délivrance a été naturelle 415 fois, artificielle 22 fois et dans 59 cas il y eut rétention du délivre.

Le pronostic de l'avortement reste toujours assez sérieux : 389 fois les suites de couches furent apyrétiques, 107 fois pathologiques avec 18 cas de mort, mais 11 fois les avortements avaient été faits en ville et le plus souvent on était en droit de suspecter la nature des soins qui ont été donnés aux malades.

Les 530 avortements observés correspondaient dans le même laps de temps à 17,000 accouchements, ce qui donne, pour la fréquence de l'avortement la proportion de 1 pour 32 accouchements.

Le plus souvent le traitement consiste en l'expectation sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse. Mais dans le cas de rétention du placenta (58 fois), l'auteur a observé 28 fois des suites de couches pathologiques, 24 fois avec septicémie, 4 fois avec hémorragie, 10 fois mort. L'auteur en conclut qu'il faut surtout tenir compte de l'indication fournie par la température et intervenir pour extraire le placenta, dès que la température s'élève. P.

Rupture de l'utérus pendant l'accouchement, par BOSSI (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, *juillet* 1893).

L'auteur relate deux cas de laparotomies pratiquées pour rupture utérine à la suite de manœuvres de version pour extraire l'enfant qui se présentait la première fois par l'épaule, la seconde fois par le sommet chez une femme épuisée par des hémorragies dues à une insertion vicieuse du placenta. Les deux fois, opération de Porro avec abandon du pédicule serré par un lien élastique dans la cavité abdominale sans suture séreuse. Dans le premier cas guérison, dans le second cas, mort peu de temps après l'opération. PORAK.

Tuberculose der Placenta, par F. LEHMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 9, *p.* 200, 1893).

Chez une femme morte de tuberculose miliaire au 7e mois de la grossesse, Schmal et Birsch-Hirschfeld ont vu, dans les vaisseaux du placenta, des bacilles tuberculeux. Les organes du fœtus ne présentaient pas de tubercules, mais il y avait des bacilles dans les vaisseaux du foie, et les fragments de viscères inoculés aux cobayes leur communiquaient la tuberculose.

L'auteur a examiné un placenta de 8 mois provenant d'une femme de 26 ans, emportée par la tuberculose miliaire. Il a trouvé à la surface et dans la profondeur quelques granulations sphériques, grisâtres, transparentes, qui se distinguaient des tissus environnants. Après durcissement, il était facile de reconnaître là des tubercules typiques avec cellules épithélioïdes, cellules géantes, nécrose centrale et bacilles.

Pas de tubercules dans les viscères du fœtus. L'inoculation aux animaux n'a pu être faite d'une façon précise. L. GALLIARD.

De la septicémie puerpérale atténuée, par BASSET (*Thèse de Paris*, 1893).

Sous la désignation de forme fruste de la septicémie puerpérale, on

peut ranger la plupart des états fébriles qui surviennent pendant les couches. Ceux-ci s'accompagnent 99 fois de diarrhée, presque toujours d'albuminurie et l'absence de tout symptôme abdominal éloigne l'idée de la véritable nature de la maladie. Puis, après une durée de 1 jour (ancienne fièvre de lait) à 10 jours, la guérison entière est obtenue, ou plus tard surviennent des complications de métrite, de salpingo-ovarite, d'embolie ou de phlegmatia alba dolens.

Sous la désignation de forme larvée, on range des états qui présentent les symptômes du rhumatisme articulaire aigu, de la fièvre typhoïde, de l'impaludisme, de la néphrite, de la granulie. On peut voir comme précédemment les mêmes terminaisons par la guérison ou les complications indiquées. La forme diphtéroïde observée dans les suites de couches est bien une des manifestations de la septicémie et non pas une forme de la diphtérie. La même origine septique doit être reconnue à la phlegmatia alba dolens.

Sous la désignation de forme prolongée, on range des formes de septicémie très lentes dans leur évolution, à début souvent retardé, à localisations successives.

Le diagnostic doit toujours être démontré par la constatation dans le sang ou dans les lochies utérines du streptocoque pyogène. Dans les périodes avérées de la maladie, ce microbe se présente sous forme de chaînettes, ainsi que dans toutes les exacerbations de la fièvre. Mais, lorsque les symptômes s'atténuent, on ne rencontre plus que le diplocoque ou le monocoque. On le trouve soit dans les lochies, soit dans le sang, ou bien à la fois dans le sang et dans les lochies. On conçoit l'importance thérapeutique de ces constatations.

Il existe des infections non septiques qui en revêtent absolument la symptomatologie et que la bactériologie seule permet de distinguer. On trouvera dans ce travail un cas de stercorémie qui a présenté toute la symptomatologie de la péritonite puerpérale généralisée.

La thérapeutique se déduit aisément de ces considérations. Détruire le microbe où il existe, et, en particulier, dans les organes génitaux où il est plus facile à atteindre. PORAK.

. — **Ein Fall von Symphyseotomie, par KRASSOWSKY** (*Centr. f. Gyn.*, 4 *février* 1893).

II. — **Zwei Symphyseotomien, par F. SCHWARZ** (*Ibidem*).

III. — **Symphyseotomy, a successful case, par J. E. MICHAEL** (*Amer. journ. of obst.*, *février* 1893).

IV. — **Ein Fall von Symphyseotomie 4 1/4 Jahr nach konservativen Kaiserschnitte (Symphyséotomie 4 ans après une opération césarienne), par REGNIER** (*Centr. f. Gyn.*, 11 *février* 1893).

V. — **Symphyseotomie... mit tödtlichem Ausgang (Symphyséotomie... mort), par E. EKSTEIN** (*Ibidem*, 13 *mai* 1893).

VI. — **Beitrag zur Symphyseotomie, par KASCHAROFF** (*Ibidem*, 13 *mai* 1893).

VII, VIII. — **Officielles Protokoll der geburtshilflich-gynækologischen Gesellschaft in Wien (Discussion sur la symphyséotomie, séances du 21 mars et du 11 avril 1893)** (*Ibidem*, 6 *mai* 1893 *et* 1er *juillet* 1893).

IX. — Beitrag zur Symphyseotomie, par BAUMM (*Ibidem*, 8 *avril* 1893).

X. — Beitrag zur Symphyseotomie, par Leopold von DITTEL (*Ibidem*, 10 *juin* 1893).

XI. — Bericht über die Verhandlungen der fünften Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynækologie zu Breslau vom 25-27 mai 1893 (Discussion sur la symphyséotomie) (*Ibidem*, 3 *juin* 1893, *et* 10 *juin* 1893).

XII. — Bericht auf gynækologische Gesellschaft zu Dresden (Symphyséotomie), par LÉOPOLD (*Ibidem*, 10 *juin* 1893).

XIII. — Eine Symphyseotomie, par BIDDER (*Ibidem*, 17 *juin* 1893).

XIV. — Fall von spontanen Symphysenruptur, par ŒLSCHLÄGER (*Ibidem*, 17 *juin* 1893).

I. — Une femme de 23 ans, secondipare, arrivée à terme et en travail, entre à la Maternité de Saint-Pétersbourg. Son premier accouchement a duré 40 heures et a dû être terminé par la perforation du crâne et la cranioclasie. Elle présente tous les attributs du rachitisme. Taille de $1^{m},30$, tibias incurvés, thorax aplati, côtes saillantes, etc.

A l'examen, on trouve le col dilaté comme une petite paume de main ; la tête est mobile au détroit supérieur. Le diamètre conjugué vrai mesure 7 centimètres 1/2.

La poche des eaux se rompt; le col revient sur lui-même, et malgré de fortes douleurs, la tête n'a nulle tendance à s'engager.

Le souvenir de l'accouchement antérieur empêche Krassowski de tenter une application de forceps, qu'il juge inutile. Il se décide à faire la symphyséotomie.

Après la section de la symphyse, les pubis s'écartent de 3 centimètres. A ce moment se produit un écoulement de sang abondant, paraissant provenir d'une déchirure des corps caverneux du clitoris, et que le tamponnement de la plaie ne suffit pas à arrêter complètement. Le forceps est appliqué et permet d'extraire une fille vivante du poids de 3410 grammes. La symphyse a subi un écartement de $6^{cm},5$ et, malgré la contention du bassin faite par les aides, il s'est produit un craquement très perceptible au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite.

Le sang continuant à inonder le champ opératoire, on essaye de rendre l'exploration du fond de la plaie plus facile, en le repoussant en avant à l'aide d'un doigt introduit dans le vagin ; mais la paroi vaginale se rompt sous la pression du doigt qui apparaît à nu dans la profondeur. Finalement, l'hémorragie est arrêtée par des ligatures. Délivrance 15 minutes plus tard.

Rapprochement des bords de la symphyse jusqu'à 1 centimètre ; suture de la plaie avec cinq fils de soie ; pansement à la gaze iodoformée. Bandage serré autour du bassin. Suture de la déchirure vaginale.

Pendant les suites de couches, la température monta le 6e jour à 38°,3 et, dans la nuit du 11e, à 38°, par suite d'une cystite assez intense.

Les fils furent enlevés le 9e jour; la plaie s'était réunie par première intention. La malade commença à se lever le 20e jour; pendant plusieurs jours sa démarche fut vacillante, et on put constater une mobilité notable de la symphyse.

Cette opérée a été présentée le 29 décembre 1892 à la Société obstétricale de Saint-Pétersbourg.

II. — Deux observations de symphyséotomie :

1° Femme de 22 ans, ayant eu deux accouchements antérieurs : le premier a duré trois jours, et a été terminé par une application de forceps ; l'enfant est mort pendant le travail ; les suites de couches ont été pathologiques. Le

deuxième a nécessité une version, pour une présentation de l'épaule; enfant mort pendant l'extraction; suites de couches fébriles.

Une troisième grossesse est arrivée à terme; le travail se déclare, mais malgré de vives douleurs, la tête ne progresse pas. Un médecin tente une application de forceps, puis fait la version ; mais la tête reste dernière et il ne peut en faire l'extraction; après plusieurs heures d'attente, nouvelles tentatives inutiles; il pratique alors la décapitation; mais il ne peut arriver à amener la tête restée seule au dehors. Sur ces entrefaites, la parturiente est prise d'attaques d'éclampsie et a une hémorragie qui nécessite un tamponnement vaginal.

Schwarz trouve cette femme sans connaissance et ayant 39°. Il constate un tétanisme extrême de l'utérus ; une déchirure de 8 centimètres de long divise le col et le segment inférieur ; la tête est fortement comprimée par l'utérus. Un liquide sanieux, infect, s'écoule par la vulve. On administre du chloroforme, et le tétanisme diminue ; mais dans la crainte d'agrandir la déchirure, on s'abstient de toute tentative immédiate d'extraction, et on fait d'abord la symphyséotomie. Après cette opération, une application de forceps amène aisément la tête au dehors.

Le bassin est normal, mais la tête de l'enfant est très volumineuse.

Après la délivrance, la déchirure utérine est fermée par six points de suture ; tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Puis, les bords de la symphyse sont rapprochés et réunis par quatre sutures ; la plaie cutanée est fermée par six autres points : pansement iodoformé et simple bandage de toile autour du bassin préalablement recouvert de ouate.

Après une nouvelle et dernière attaque d'éclampsie, la malade a recouvré sa connaissance. Mais elle a eu des suites de couches fébriles. Elle a dû garder le lit six semaines. La symphyse s'est bien consolidée.

2° Une femme de 22 ans, à terme, en travail, est amenée à l'hôpital après avoir subi plusieurs interventions restées infructueuses. On constate une présentation du tronc avec bras gauche procident ; l'utérus est tétanisé ; un liquide fétide s'écoule par le vagin. Le bassin est rétréci, cordiforme ; il mesure 6 centimètres. La version est tentée sous le chloroforme, mais sans succès.

L'enfant est encore vivant. Après toutes les précautions antiseptiques prises, on procède à la symphyséotomie. On tombe sur un fibro-cartilage ossifié, qu'il est impossible d'entamer avec un bistouri boutonné ; on doit scier l'articulation. La version peut être faite alors, après un écartement de 5 centimètres; mais elle est très pénible et exige beaucoup d'efforts. L'enfant, né en état de mort apparente, ne peut être ranimé ; il pèse 3 kilogrammes.

Les os sont réunis avec quatre fils d'argent. Pansement et bandage autour du bassin. Frissons le 3e jour, et mort par péritonite généralisée le 8e jour.

III. — Michael rapporte l'observation d'une négresse rachitique, chez laquelle il a pratiqué la symphyséotomie le 25 octobre 1892. Le bassin mesurait 7 centimètres. Après l'ouverture de la symphyse, une application du forceps de Simpson permit d'extraire un enfant vivant; il y eut déchirure du col, du périnée, et de la paroi antérieure du vagin.

La femme guérit lentement ; elle put se lever au bout d'un mois. Quant à l'enfant, qui avait souffert pendant le travail, il succomba au bout de trois jours, et on constata une hémorragie méningée.

Depuis la rénovation de la symphyséotomie, cette opération a été faite pour la première fois en Amérique, par Ch. Jewett, de Brooklyn, le 30 septembre 1892; la mère guérit, mais l'enfant ne survécut pas; par Hirst, le 2 octobre 1892, et par Broomall, le 7 octobre 1892, avec un double succès.

Le fait de Michael est donc le quatrième. Depuis, deux autres opérations heureuses ont été faites par Springle, de Montréal et par Garrigues, de New-York ; cette dernière n'a pas été publiée. Il y a encore un autre cas, non publié également, dont l'issue a été fatale, et qui a été opéré à New-York par un praticien très habile.

IV. — Une femme de 29 ans, secondipare, est amenée en travail le 13 janvier 1893, à la clinique obstétricale de Chrobak.

Elle a subi en 1888 l'opération césarienne, pratiquée par Breisky pour indication relative, et elle s'est rétablie sans incidents.

Elle est petite, manifestement rachitique. Elle est enceinte de huit mois et demi. Le fœtus se présente par l'épaule gauche en dorso-antérieure ; il est vivant. Le col est dilatable, la poche des eaux intacte. Le bassin mesure 7c,5, et il y a un faux promontoire.

Chrobak se décide à faire la symphyséotomie ; mais auparavant, il rompt la poche des eaux, va à la recherche d'un pied et l'abaisse dans le vagin.

L'opération ne présente aucune difficulté ; une fois la symphyse sectionnée, on extrait le fœtus ; la symphyse subit un écartement de 5 centimètres 1/2. L'enfant est facilement ranimé ; il pèse 2k,600. Délivrance au bout d'un quart d'heure.

La symphyse est suturée avec deux fils d'argent ; réunion de la plaie cutanée. Le bassin est fixé avec une bande de caoutchouc. Guérison.

Cette observation est jusqu'à présent la seule à la connaissance de l'auteur, où la symphyséotomie ait été pratiquée chez une femme ayant subi antérieurement l'opération césarienne.

V. — Il s'agit d'une femme rachitique ayant eu une fausse couche de trois mois et enceinte pour la seconde fois. Les dernières règles ont eu lieu le 1er juillet 1892. Elle est prise de douleurs et perd les eaux le 6 avril 1893. On constate une tête élevée, un col assez dilaté pour admettre deux doigts, et un œdème de la lèvre antérieure. Le bassin mesure 8 centimètres, mais il est généralement rétréci.

Après deux jours d'attente, pendant lesquels l'engagement ne fait aucun progrès, les battements du cœur fœtal étant excellents, Ekstein fait la symphyséotomie. Le col étant revenu sur lui-même et œdématié, il pratique deux incisions latérales profondes. Une application de forceps permet d'extraire facilement un enfant vivant.

La symphyse est réunie par quatre sutures ; la plaie cutanée est également suturée. Une déchirure complète du périnée qui s'est produite pendant l'extraction est suturée. Le bassin est entouré d'une bande d'Esmarch.

Après l'opération, la femme a été prise d'agitation, d'insomnie, le ventre s'est ballonné. La température est restée normale jusqu'au troisième jour où elle a atteint 39°,1. Malgré l'absence apparente de phénomènes d'infection aussi bien locale que générale, la mort survient le 11 avril.

L'auteur émet l'hypothèse que son opérée a succombé à une dégénérescence de la fibre cardiaque.

VI. — Kaschkaroff a pratiqué deux symphyséotomies à l'hôpital d'Iaroslaw, dans les conditions suivantes :

1° La première opérée est une primipare de 22 ans. Quand elle fut reçue à l'hôpital le 10 décembre 1892, elle était en travail depuis deux jours et avait perdu les eaux la veille ; elle avait été examinée à plusieurs reprises par une sage-femme sans aucune précaution antiseptique. Elle avait une température de 39°,3 et 120 pulsations.

Le fœtus, vivant, se présentait par le sommet, sans engagement ; le bassin mesurait 8 centimètres.

La symphyséotomie n'offrit rien de particulier ; une application de forceps

amena un enfant de $3^k,400$, en état de mort apparente. On put le ranimer, mais il succomba 24 heures plus tard.

La mère guérit sans complications et marcha au bout de trois semaines.

2° Dans le second cas, il s'agit d'une primipare de 30 ans, amenée le 17 mars 1893 en état d'éclampsie. Température 39°,5, pouls 130. Œdème généralisé et ascite. Dilatation complète, poche des eaux rompue : présentation du sommet, non engagée. Le bassin mesure 9 centimètres, l'enfant est vivant.

La symphyséotomie est faite sans incidents, et on extrait avec le forceps un enfant qui crie aussitôt, mais qui est bientôt pris de convulsions et succombe.

La mère continue à avoir plusieurs accès d'éclampsie. Elle succombe le 25 mars. A l'autopsie, on trouve la symphyse réunie. Les reins étaient atteints de néphrite parenchymateuse.

VII. — Une première discussion sur la symphyséotomie a eu lieu à la société obstétricale de Vienne, dans sa séance du 21 mars 1893.

Schauta, après avoir rappelé qu'il avait présenté antérieurement 4 cas de symphyséotomie suivis de succès, apporte trois nouveaux faits, intéressants surtout par les lésions qui se sont produites au cours de l'opération. Les trois femmes ont d'ailleurs guéri, et leurs enfants ont survécu.

Chez la première, il y eut une déchirure de la paroi antérieure du vagin, intéressant toute la longueur de l'urètre et atteignant le col de la vessie. Ces lésions guérirent après une suture soigneusement faite.

La seconde opérée eut, au niveau de la racine du clitoris, une hémorragie assez forte qui fut arrêtée par le tamponnement.

Chez la troisième, il se produisit une déchirure du vagin, siégeant sur le côté de l'urètre et s'étendant jusqu'à la vessie qui fut respectée. L'orifice vulvaire fut en outre lésé à sa partie antérieure par le bord de la symphyse. Ces déchirures ont été suturées et ont guéri.

Schauta explique ces lésions par ce fait que la région antérieure du bassin n'étant plus soutenue après l'ouverture de la symphyse, des tiraillements peuvent se produire et être suivis de déchirures. Il conseille pour les éviter de protéger les parties molles en les soutenant avec la main, de faire l'extraction très lentement et de la diriger de manière à comprimer le moins possible les parties molles.

Chrobak a pratiqué deux fois la symphyséotomie. Dans le premier cas, il a vu se produire une vaste déchirure entre le clitoris et l'urètre; ce conduit est resté intact, mais on pouvait facilement arriver jusqu'à la symphyse. Cette lésion a été réunie par des sutures, et la femme a guéri.

La seconde opérée a présenté également une déchirure transversale du vagin; le clitoris pendait à l'arcade pubienne; il y eut en outre des lésions du vagin en arrière et du périnée. Cette femme, tout récemment opérée, est dans un état très grave.

Les deux enfants ont été extraits vivants avec le forceps.

L'opinion de Chrobak à l'égard de la symphyséotomie est que cette opération a une grande importance, mais qu'elle ne doit pas faire un chemin trop hâtif, car elle n'est pas sans dangers. Elle restreint le champ de l'accouchement prématuré artificiel et de l'opération césarienne. Mais elle peut produire des lésions du côté du bassin, et surtout des parties molles. Ces dernières constituent le plus grand danger et les principales difficultés de l'opération.

Koffer a fait trois symphyséotomies avec succès. Dans aucun cas, il n'a constaté de lésion du vagin. Il est partisan de la suture de la sym-

physe, et la fait avec cinq ou six fils d'argent passés à travers le périoste.

Gustave Braun a opéré trois cas. Il n'y a eu aucune complication, pas d'hémorragie, et l'extraction a été facile. Il se rallie à l'opinion de Chrobak pour la protection du vagin, et pense comme lui que la symphyséotomie ne doit pas encore être employée dans la clientèle. Quant à ses indications formelles, elles ne pourront être établies que sur un grand nombre de cas.

VIII. — A la même Société, la symphyséotomie est revenue en discussion le 11 avril 1893.

G. Braun présente une de ses opérées. C'est une femme de 27 ans, rachitique, dont le bassin mesure 7 centimètres 3/4. La symphyséotomie a été suivie d'une application de forceps qui a permis d'extraire un enfant de 2,800 grammes. L'opération n'a présenté aucune complication. La femme s'est levée dès le treizième jour.

Richard Braun présente également une femme chez laquelle il a pratiqué la section de la symphyse. Elle était en travail depuis quarante-huit heures et avait perdu les eaux quand elle fut reçue à la clinique. L'enfant se présentait par l'épaule gauche, dos en arrière, et était vivant. L'utérus était tétanisé, et le segment inférieur distendu. Le bassin mesurait 8 centimètres 1/4. On administra du chloroforme, et on fit la version, en se bornant à amener un membre inférieur dans le vagin. Puis la symphyse fut ouverte. Il n'y eut aucune lésion pendant l'extraction de l'enfant qui put être ranimé et survécut.

La femme marchait le seizième jour.

A propos des indications de la symphyséotomie, *R. Braun* n'admet pas qu'on puisse faire cette opération chez une femme qui a des accidents fébriles, de l'endométrite, etc. En ce cas, il pourrait survenir une inflammation des articulations du bassin, de la suppuration de la plaie, des abcès divers. Il faudrait préférer alors une autre intervention, telle que la craniotomie, l'opération césarienne ou l'opération de Porro.

Wertheim a opéré, le 15 mars, à la clinique de Schauta, une multipare de 27 ans, chez laquelle on avait fait en ville plusieurs applications de forceps infructueuses. L'enfant, vivant, se présentait par le sommet; la tête, élevée et peu fléchie, était couverte d'une grosse bosse séro-sanguine. Le bassin, généralement rétréci, avait un diamètre minimum de 8 centimètres. La symphyséotomie n'offrit aucune difficulté. Wertheim fit une application de forceps et eut soin de diriger ses tractions en arrière vers le périnée, et de soutenir les parties molles antérieures. L'extraction se fit sans déchirures. L'enfant pesait 3,000 grammes. Suture de la symphyse au fil d'argent; drainage de l'espace rétro-symphysaire et réunion de la plaie cutanée. Le sixième jour survint une élévation de température, et les lochies prirent une odeur infecte. Malgré des lavages vaginaux et intra-utérins, la fièvre persista et la femme mourut de septicémie le onzième jour. A l'autopsie, on trouva une endométrite purulente et une phlébite suppurée des veines utéro-ovariennes; ces veines étaient remplies par un thrombus qui remontait jusqu'à la veine cave inférieure.

G. Braun fait les remarques suivantes au sujet de la réunion des os. Dans tous les cas, sauf un, il a suivi la pratique de Schauta et suturé les os avec du fil d'argent. Une fois, il a observé de l'œdème d'une des grandes lèvres, et il se demande si cet œdème n'est pas dû à la présence de petites esquilles produites par le forage des trous destinés au passage des fils. Il ne croit pas que la suture des os soit nécessaire. Elle est

possible à l'hôpital, mais non en ville, où l'assistance est plus restreinte. Dans le seul cas où on ne l'a pas employée, le résultat a été plus satisfaisant que dans tous les autres.

IX. — L'observation de Baumm a trait à une primipare de 24 ans, qui, arrivée à terme, commença à souffrir le 24 novembre 1892. Bassin plat généralement rétréci, mesurant 9 centimètres. Présentation du sommet; pas d'engagement. Le travail marcha très lentement, la poche des eaux se rompit, et dès le 25 il y eut écoulement de méconium. Le 27, le col ne présentait qu'une dilatation de deux travers de doigt; le segment inférieur était distendu; l'enfant vivait toujours. La symphyséotomie fut faite et une application de forceps tentée; mais le col résistant, on y fit deux incisions profondes, suivant la méthode de Dürhssen. Extraction d'un enfant de 3,200 grammes en état de mort apparente, qu'on put ranimer. Hémorragie par le vagin et par la plaie. On fit la délivrance et on tamponna le champ opératoire. Après la sortie du placenta, la perte continuant, on dut tamponner le vagin et l'utérus avec de la gaze iodoformée. Quant à la plaie, elle continuait à saigner abondamment; on constata alors que le clitoris et l'urètre étaient complètement séparés de la symphyse, et on dut pour arrêter l'hémorragie faire une suture dans la profondeur.

La plaie fut réunie par une suture à trois étages; un profond passant à travers le tissu fibreux situé au devant de la symphyse, les deux autres plus superficiels traversant le tissu graisseux et la peau.

Les suites de couches furent très mouvementées. La malade se plaignit de douleurs très violentes, et un gonflement se produisit du côté des grandes lèvres, du clitoris et du périnée. Le sixième jour l'œdème était considérable; il avait le volume des deux poings. Du pus se fit jour au niveau d'un des points de suture.

Le dix-neuvième jour, frissons et température de 39°,5. Une petite escarre qui s'était formée sur la ligne des sutures se détacha et donna lieu à de la suppuration.

Le vingt et unième jour, catarrhe vésical qui dura jusqu'au trentième jour. La fièvre tomba, mais le gonflement des organes génitaux ne disparut que très lentement. Les lochies restèrent longtemps colorées et l'involution utérine se fit mal. Ce n'est que le quarante-quatrième jour que l'opérée put se lever. La réunion osseuse n'avait pas eu lieu par première intention, et lorsque la malade commença à marcher, on constata encore une mobilité anormale très marquée de la symphyse.

X. — La seconde des opérées de Chrobak ayant succombé depuis sa communication à la Société obstétricale de Vienne (voy. plus haut, VII), Leopold von Dittel rapporte en détail l'observation de cette femme ainsi que les résultats de l'autopsie.

La symphyséotomie avait été précédée d'une application très pénible et inutile du forceps de Breus. Après la section du pubis l'extraction fut encore difficile. L'enfant succomba au bout de vingt-quatre heures et on trouva un enfoncement de l'occipital avec hémorragie méningée à ce niveau.

La mère mourut d'infection et d'anémie le lendemain de l'opération. On constata l'existence d'une endométrite purulente; quant aux lésions des parties molles qu'on avait observées après l'opération, elles consistaient en une rupture de l'urètre, du vagin et du col utérin. Il y avait diastasis des deux articulations sacro-iliaques.

Dittel fait remarquer à propos de ce cas malheureux que les lésions des organes génitaux ont été dues à l'extraction, et il en attribue la principale cause à l'application du forceps antérieure à la symphyséotomie. Sans rejeter absolument comme Krassowski l'emploi du forceps avant

la section de la symphyse, il pense qu'on doit s'abstenir de toute tentative avec cet instrument quand les conditions sont aussi défavorables qu'elles l'étaient dans le cas actuel. Et même, une fois la symphyséotomie faite, peut-être serait-il préférable dans les faits de ce genre de recourir à la version plutôt qu'au forceps.

XI. — La symphyséotomie a été au congrès de gynécologie de Breslau l'objet d'un important rapport de *Zweifel*.

Après avoir rappelé l'historique de cette opération et les statistiques les plus récentes de Caruso et Spinelli et de Morisani, le rapporteur expose les résultats de son expérience personnelle. Il y a eu en tout quatorze symphyséotomies pratiquées à l'Institut de Leipzig, dont douze par lui-même et deux par Krönig et Abel. Toutes les mères se sont rétablies ; deux enfants ont succombé, l'un d'asphyxie, l'autre de pneumonie, deux jours après sa naissance.

Dans un cas, chez une femme de 43 ans, Zweifel a dû scier la symphyse qui était en partie ossifiée. L'écartement a été de 6 centimètres dans trois cas, de 6,5 dans quatre, de 6,7 et même de 7 dans deux autres sans que rien d'anormal ait été noté du côté des symphyses sacro-iliaques. Il a observé des déchirures des corps caverneux et du plexus de Santorini, donnant lieu à d'abondantes hémorragies qui ont cédé à la ligature et surtout au tamponnement à la gaze iodoformée. Dans deux cas, il a constaté une rupture de la paroi antérieure du vagin avec séparation de l'urètre, et dans un de ces cas, l'accouchement avait été spontané. Il est partisan de la suture osseuse et préfère le catgut au fil d'argent.

Zweifel considère la symphyséotomie comme une précieuse acquisition pour l'obstétrique, et il estime que lorsqu'on sera arrivé à se mettre à l'abri des lésions des parties molles et des accidents fébriles, cette opération aura toujours une issue favorable.

Parmi les principaux orateurs qui ont pris part à la discussion, *Döderlein* a fait justice des dangers attribués aux lésions des articulations sacro-iliaques consécutivement à l'écartement de la symphyse. Lorsqu'il se produit une rupture des ligaments, cet accident guérit rapidement, s'il n'y a pas eu pénétration de germes infectieux. Quant à l'écartement lui-même, des expériences précises ont montré à Döderlein qu'il ne se fait pas également des deux côtés, et qu'il se produit souvent presque uniquement aux dépens d'une seule articulation, surtout de celle du côté droit.

Leopold, dont l'expérience se base sur quatre opérations, ne croit pas que la symphyséotomie doive être généralisée. Pour les mères, il faut attendre pour pouvoir juger de la consolidation durable de l'articulation ; pour les enfants, il faut savoir ce qu'ils seront devenus au bout de trois mois. L'indication doit être limitée aux rétrécissements du bassin qui mesurent entre 6 et 8 centimètres. Au-dessus de 8 centimètres, on est en droit de compter sur un accouchement spontané, ou de faire la version qui donne alors de bons résultats. Il faut attendre pour opérer que le col soit complètement dilaté. Les lésions des parties molles demandent une grande attention et des soins consécutifs souvent prolongés. La symphyséotomie ne doit être pratiquée que rarement chez les primipares.

Chrobak exprime la même opinion que Leopold. L'opération en question ne peut encore de longtemps être considérée comme entrée dans la

pratique. Il insiste sur les points suivants. Ce ne sont pas les lésions osseuses qui sont les plus dangereuses, mais bien celles des parties molles. La suture osseuse est nécessaire ; les accidents fébriles sont fréquents ; il a perdu une malade de septicémie ; l'opération nécessite des préparatifs aussi sérieux que l'opération césarienne ; elle ne met pas toujours à l'abri de la perforation du crâne sur un enfant vivant.

Frömmel fait les mêmes réserves que Leopold et Chrobak. Il a vu un cas où la réunion ne s'est pas faite par première intention ; la malade a eu de la fièvre, a éliminé des séquestres, et a dû garder le lit trois mois.

Fehling estime que la symphyséotomie doit remplacer l'opération césarienne faite pour des indications relatives, mais qu'elle ne doit point être pratiquée chez les primipares. Cette opération permettra d'éviter de perforer la tête d'un enfant vivant ; elle pourra aussi dans certains cas prévenir une rupture de l'utérus. La combinaison de l'accouchement prématuré et de la symphyséotomie peut être indiquée dans des bassins très étroits.

Schauta préfère en général l'opération césarienne à la symphyséotomie. Toutefois, pour les cas où les femmes ne sont pas dans de bonnes conditions d'asepsie, et où elles ont été l'objet de nombreux examens, pratiqués sans précautions antiseptiques, l'opération césarienne doit être rejetée, et la question se pose entre la symphyséotomie et la perforation du crâne. Dans tous les cas qu'il a opérés, il a fait la suture osseuse et le drainage de l'espace rétro-pubien, Il a observé des lésions vaginales, mais n'en a plus constaté dans ses dernières opérations, depuis qu'il a pris la précaution de protéger les parties molles avec la main.

Olshausen a pratiqué deux symphyséotomies, dont l'une chez une primipare éclamptique, qui mourut dans le coma au bout de vingt-quatre heures. La seconde opération fut très accidentée ; il rencontra une ossification de la symphyse ; n'ayant pas de scie sous la main, il ne put que très péniblement la sectionner ; il y eut, en outre, une abondante hémorragie qui ne céda qu'au tamponnement. La suture osseuse avec fils d'argent présenta de grandes difficultés. Il se produisit une déchirure notable de la paroi antérieure du vagin, probablement due au forceps. Bien que l'urètre fût intact, la femme eut pendant 14 jours de l'incontinence d'urine.

Koffer rapporte dix cas. Il a observé des lésions génitales ; chez deux femmes, l'urètre fut séparé du vagin. Deux opérées ont succombé et ont présenté de la cellulite pelvienne. La symphyséotomie ne doit pas être tentée chez des femmes infectées.

Baumm présente une femme opérée par lui, chez laquelle la réunion ne put être obtenue qu'au bout de six semaines, et chez qui la symphyse ne s'est pas consolidée d'une façon parfaite (voir plus haut, IX).

Swieciki a opéré une primipare de 21 ans, dont le bassin était généralement rétréci, et mesurait 7 centimètres 3/4. L'enfant fut extrait avec le forceps. La femme guérit en quatre semaines.

Freund présente un instrument destiné à protéger la paroi antérieure du vagin contre la compression produite par la tête fœtale et à éviter ainsi les lésions des organes génitaux externes. Pendant que cet instru-

ment est tenu en place d'une main, l'autre main fait l'extraction avec le forceps.

Neugebauer apporte des résultats statistiques. Sur cent quatre-vingt-seize opérations faites de 1887 à 1893, il y a eu vingt-trois morts ; quatre de ces morts étaient indépendantes de l'opération ; il reste dix-neuf cas à l'actif de la symphyséotomie, c'est-à-dire une mortalité d'environ 9,70 0/0.

Zweifel reprenant le dernier la parole s'étonne d'entendre tant de critiques sur la symphyséotomie. Il est surpris du changement d'opinion de Leopold qui a commencé par préconiser cette opération. Pour lui, il considère la symphyséotomie comme appelée à entrer, bien plus que la césarienne, dans la pratique ; actuellement, elle n'en est pas encore là. La fièvre que l'on a souvent observée est due, selon lui, à l'écoulement du sang, et quand on saura faire une hémostase parfaite, les suites de couches seront apyrétiques. En ce qui concerne l'enfant, huit jours suffisent pour qu'on soit assuré de son état. L'expectation jusqu'à l'accouchement spontané, après l'opération, a pour objet d'éviter les lésions des parties molles et celles du fœtus qui sont bien plus à craindre avec une application de forceps. Quant aux indications, il a, dans deux cas, sciemment fait l'opération avec un rétrécissement de 8 centimètres 1/2, le travail durant depuis longtemps et les enfants étant volumineux.

Les insuccès s'expliquent par une contention imparfaite et par l'absence de suture osseuse. Les lésions des parties molles sont l'inconvénient le plus grave ; mais elles pourront être évitées avec un tamponnement bien fait.

XII. — A propos d'une communication sur la symphyséotomie faite le 9 mars 1893 à la Société de gynécologie de Dresde par Wehle, Leopold a rapporté l'histoire de sa quatrième opération.

Il s'agissait d'une secondipare, dont le premier accouchement s'était terminé par une craniotomie. Elle était à terme, l'enfant vivant, et son bassin mesurait seulement 6 centimètres. Elle se refusait à l'opération césarienne. La symphyséotomie fut pratiquée et permit d'extraire un enfant vigoureux, en état d'asphyxie, mais qui fut promptement ranimé. La mère se rétablit sans complications.

De ce fait, Leopold conclut que la symphyséotomie est praticable dans un bassin de 6 centimètres, et que l'opération césarienne ne doit plus être faite que pour des indications absolues.

XIII. — Femme de 18 ans, rachitique, dont le diamètre conjugué vrai ne mesure que 7 centimetres 1/4 à 7 centimètres 1/2. Elle est enceinte pour la première fois et entre en travail le 2 mars. La tête est mobile au détroit supérieur. Le travail marche très lentement et dure plusieurs jours ; le 7 mars, les membranes se rompent ; le col admet environ quatre travers de doigts. Les battements du cœur fœtal sont normaux.

L'opération césarienne est écartée à cause de quelques signes d'infection, et on procède à la symphyséotomie. L'enfant est extrait avec le forceps ; il pèse 2,820 grammes et est en bon état. Après sa naissance, on constate une déchirure large et profonde de la petite lèvre gauche, le long du clitoris ; du sang s'écoule, et on doit, pour l'arrêter, faire sur la lésion quatre sutures à la soie.

La plaie est réunie par des sutures profondes intéressant le périoste et des points superficiels.

A part un peu de fièvre causée par une endométrite ancienne et par la

suppuration de quelques points de suture, l'opérée s'est bien portée pendant les suites de couches; elle marchait sans difficulté au bout de quatre semaines.

XIV. — Il s'agit d'une primipare de 20 ans, en travail, chez laquelle survinrent des attaques d'éclampsie qui nécessitèrent la prompte terminaison de l'accouchement. Une application de forceps fut faite au détroit supérieur, la tête restant élevée à cause d'un léger rétrécissement du bassin. Pendant une vigoureuse traction, l'auteur entendit un craquement, et presque aussitôt la tête descendit dans l'excavation et put être facilement amenée au-dehors. La symphyse s'était rompue et un écartement de 3 centimètres s'était fait entre les pubis.

L'enfant extrait pesait 9 livres. L'éclampsie cessa et les suites de couches furent très normales. Le bassin, maintenu par une ceinture de cuir, était si bien consolidé au bout de trois semaines, que la femme pouvait se lever et marcher sans difficulté.

Oehlschläger insiste sur la rareté des faits de ce genre, sur la bénignité de la lésion et la rapidité de la consolidation, et il en conclut que la symphyséotomie doit être préférée à la craniotomie sur un enfant vivant ou à l'opération césarienne pour indications relatives.

CH. MAYGRIER.

Le bilan de la symphyséotomie renaissante, par VARNIER (*Congrès obst. de France et Ann. de gyn. et d'obst.*, *avril* 1893).

L'auteur a réuni 124 cas de symphyséotomie, ayant fourni pour les mères 12 morts et pour les enfants 32. Il élimine 7 cas de décès de la mère, sous prétexte que la mort n'est pas due à l'opération ou que celle-ci n'a pas été pratiquée avec des soins antiseptiques suffisants. Il réduit ainsi la mortalité réelle à 5 pour 117. Expurgeant la mortalité infantile, il la reconnaît de 20 enfants pour 112 opérations. Encore, dans ce cas, faut-il distinguer les symphyséotomies faites d'emblée, des symphyséotomies faites après une manœuvre obstétricale. Il élimine 11 décès, les attribuant à l'application de forceps pratiquée avant la symphyséotomie e me reconnaît imputables à cette opération que 9 décès sur 101 cas. Sur 114 applications de forceps au détroit supérieur rétréci, 35 enfants étaient morts. Il compare ces résultats pour en tirer la démonstration de la bénignité relative de la symphyséotomie.

De tous les risques de la symphyséotomie, l'auteur redoute surtout la déchirure des parties molles antérieures. Il conseille, pour les éviter, de refermer le bassin et de restituer ainsi aux parties molles leur support osseux. Le rétrécissement du détroit supérieur étant franchi, l'écartement du pubis au détroit inférieur n'est plus nécessaire pour le dégagement de la tête.

De nouveaux cas de symphyséotomie sont rapportés par Lepage, Queirel, Tellier, Fochier, Maygrier, Budin, chacun une observation, par Queirel 3 observations, par Pinard 19 observations. Fochier montre qu'après la symphyséotomie, le diamètre transverse maximum se rapproche du promontoire, que le diamètre transverse médian augmente le plus et tend à devenir égal au diamètre transverse maximum. Il en conclut qu'il faut engager la tête transversalement au détroit supérieur.

Pinard et ses élèves préconisent la symphyséotomie d'emblée à

terme, rejetant la pratique de l'accouchement prématuré artificiel et des opérations obstétricales pratiquées à titre d'épreuve.

Les autres orateurs n'acceptent pas ces indications exclusives de la symphyséotomie. PORAK.

I. — **De la symphyséotomie, par GOTCHAUX** (*In-8 Paris, 2e édition*, 1893).

II. — **Symphyséotomies antiseptiques en Amérique, par Robert HARRIS** (*Nouv. arch. d'obst. et gyn., mai* 1893).

III. — **La symphyséotomie, par EUSTACHE** (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., juillet* 1893).

IV. — **Symphyséotomie, par PINARD** (*Ann. de gyn., juin* 1893).

I. — Etude historique très complète de la symphyséotomie et relevé de tous les cas connus. Voici le résultat statistique des observations dont il y est fait mention. De 1847 à 1858, 80 symphyséotomies ont donné pour les mères 52 guérisons pour 28 morts ; pour les enfants 33 vivants pour 45 morts, 3 incertains (une grossesse gémellaire y est comprise).

De 1866 à 1880, 50 symphyséotomies ont donné pour les mères 40 guérisons, 10 morts, et pour les enfants 41 vivants et 9 morts.

De 1881 à 1886, 18 symphyséotomies ont donné 10 guérisons et 8 morts, et pour les enfants 13 vivants et 5 morts (3 mort-nés).

De 1887 à 1892, 48 opérations dont l'auteur n'a pas fait le relevé statistique. Dans un appendice, l'auteur donne la relation détaillée de 13 opérations récentes appartenant à Pinard, et 4 opérations appartenant à Queirel, d'une observation à Beugnies, d'une autre à Budin, de 6 à Ribemont, de 4 à Porak, d'une observation à Bouilly.

Les observations appartenant à des opérateurs français, et pour 1892 seulement, donnent 33 cas avec 27 guérisons et 6 morts pour les mères, soit mortalité 18,2 0/0 ; de 20 succès et 13 morts pour les enfants, soit 39,4 0/0 de mortalité.

II. — Relevé de 17 symphyséotomies ayant donné pour les mères 3 cas de mort et pour les enfants 5 cas de mort. La cause de l'opération était toujours un vice de conformation du bassin. Dans deux cas, le diamètre conjugué vrai mesurait 62 millimètres, dans un cas le diamètre bi-ischiatique 68 millimètres. Dans 6 autres cas le rétrécissement était moins faible.

III. — E., très partisan de la symphyséotomie, n'apporte aucun nouveau fait, il rappelle la discussion qui a eu lieu à ce sujet dans la réunion dernière des gynécologistes allemands. Il reste partisan de l'accouchement prématuré artificiel et dans les bassins au-dessous de 6 centimètres de la césarienne. Entre 6 centimètres et 8 cent. 5, on devrait avoir recours à la symphyséotomie d'emblée. Au-dessus de 8 cent. 5, on pourrait n'y recourir qu'après l'insuccès de l'opération obstétricale d'urgence.

IV. — P. rapporte sa vingtième opération de symphyséotomie. C'est son premier cas de mort de la mère. Enfant vivant. P.

Ein Fall von Extra-uterin Schwangerschaft. Laparotomie. Genesung (Grossesse extra-utérine; laparotomie; guérison), par W. TIPJAKOW (*Centr. f. Gyn.*, 41, 15 *octobre* 1892).

Femme de 27 ans, ayant eu un accouchement antérieur normal; les dernières règles datent de deux mois et demi, lorsque subitement, elle est prise de douleurs violentes dans le bas-ventre, d'hémorragie par la vulve et de perte de connaissance. A l'examen, on trouve l'utérus augmenté de volume, dur, douloureux, et on constate du côté des annexes gauches l'existence d'une tumeur fluctuante du volume d'une tête de fœtus à terme.

On diagnostique une grossesse extra-utérine avec rupture probable de la trompe. Laparotomie. Le ventre renferme une assez grande quantité de sang; après nettoyage de la cavité, on trouve dans le cul-de-sac de Douglas un œuf dont l'embryon a deux mois et demi environ. La trompe gauche est intacte, mais l'ovaire correspondant est transformé en une large cavité déchirée, le ligament de l'ovaire est rompu.

Les annexes du côté droit n'offrent rien d'anormal. Excision et ligature des annexes gauches. Fermeture de l'abdomen. Guérison en douze jours.

Il s'agit dans ce cas d'une grossesse ovarique évidente, avec rupture de l'ovaire. CH. MAYGRIER.

MALADIES DES ENFANTS.

Recueil de leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, par André MOUSSOUS (1 *vol. in*-8° *de* 276 *pages*, *Paris*, 1893).

Ce volume renferme des leçons sur des sujets variés de médecine infantile. Après avoir défini ce qu'est la clinique infantile et montré quel parti la pathologie peut tirer de l'observation des maladies développées sur un terrain neuf, non encore modifié par des poisons et par des infections multiples comme l'organisme d'un adulte, l'auteur étudie les complications nerveuses de la coqueluche, convulsions, mort subite par arrêt respiratoire ou cardiaque, épilepsie, et rapporte un cas de polynévrite consécutive à cette affection.

Une étude intéressante sur les érythèmes infantiles renferme des faits personnels de dermatite exfoliatrice des nouveau-nés et une description très vivante de l'érythème vacciniforme syphiloïde, cette affection singulière des nourrissons dont l'étiologie doit, pour Moussous, être cherchée, comme celle de bien d'autres érythèmes infantiles, dans l'influence combinée du décubitus et de l'irritation produite par le contact permanent de l'urine.

Les leçons suivantes sont consacrées à la maladie de Friedreich, dont l'auteur rapporte une nouvelle observation, et aux différentes modalités de l'urticaire chez les enfants.

La rubéole est décrite avec soin; Moussous insiste sur la variabilité de l'éruption, qu'il range sous les types suivants : morbilleux, scarlatineux, morbillo-scarlatineux, punctiforme, en rapportant deux obser-

vations nouvelles de ce dernier type qui n'était encore connu que par un fait de Nymann; il insiste particulièrement sur la desquamation qu'il a vue se rapprocher beaucoup de celle de la scarlatine.

Une leçon est consacrée à la néphrite scarlatineuse chronique, aux dangers que réserve pour l'avenir cette séquelle de la fièvre pourpre.

A l'occasion d'un cas de méningo-encéphalite chronique avec autopsie, Moussous compare les divers cas de cette affection observés jusqu'ici dans l'enfance et établit un parallèle anatomo-pathologique, clinique et pathogénique entre la méningo-encéphalite des enfants et la paralysie générale de l'adulte, pour aboutir à cette conclusion intéressante que la première n'est que la forme infantile de la paralysie générale; les différences symptomatiques qui la séparent de la paralysie générale de l'adulte tiennent à la différence de réaction du cerveau de l'enfant, de même que chez l'adolescent l'aspect clinique diffère de celui que présente la maladie à l'âge adulte.

A propos de la fièvre typhoïde, l'auteur rapporte des expériences personnelles sur la toxicité de l'urine des enfants dothiénentériques : cette toxicité est normale ou élevée pendant la période d'état, parfois considérablement augmentée au moment de la défervescence ou dans les premiers jours qui suivent, normale ou quelquefois abaissée après quelques jours d'apyrexie. Cette toxicité, qui est absolument comparable à celle des adultes traités par les bains froids, montre que l'élimination des produits toxiques s'opère très bien dans l'enfance et vient à l'appui de l'opinion qui attribue au bon état de l'organisme la moindre gravité de la fièvre typhoïde dans l'enfance.

Une leçon sur les adénopathies dans la rougeole et le rôle des infections secondaires dans leur développement termine ce volume.

GEORGES THIBIERGE.

Streptokkoken in der normalen und kranken Mundhœhle des Kindes (Présence du streptocoque à l'état normal et pathologique dans la bouche de l'enfant), par DORNBERGER (*Jahrbuch für Kinderheil.*, *XXXIV*, *p.* 395-442).

Les streptocoques se rencontrent fréquemment dans la bouche de l'enfant. Ils sont souvent virulents, même alors que la santé est parfaite. Leur rôle dans la production de l'angine lacunaire est très probable mais non complètement démontré. Les microcoques en chaîne sont aussi très fréquents surtout dans les foyers de la carie dentaire. Aucun des moyens essayés, sublimé, acide phénique, ichtyol n'a paru avoir d'effet antiseptique bien évident aux doses tolérées par la cavité buccale.

A. F. PLICQUE.

I. — The relief of intracranial pressure, par PARKIN (*The Lancet*, *p.* 21, 1er *juillet* 1893).

II. — *Idem*, par MORTON (*Ibid.*, *p.* 94, 22 *juillet* 1893).

I. — Un enfant de 4 ans et demi, atteint de méningite tuberculeuse, était à la période comateuse, avec rigidité des membres, respiration de Cheyne Stokes, pouls à 150, respiration à 50.

Sans donner de chloroforme, Parkin fait une incision au-dessous de la

ligne courbe supérieure de l'occiput, et à droite de la ligne médiane, et en ce point applique une couronne de trépan de 3/4 de pouce de diamètre.

La dure-mère bombait à l'extérieur, mais après l'incision ne laissa échapper que peu de liquide.

En passant une sonde au-dessous du cervelet, et en l'élevant légèrement, une grande quantité (2 à 3 onces) de liquide cérébro-spinal jaillit au dehors. Le rythme de Cheyne Stokes cesse aussitôt, et le pouls devint plus large, régulier, mais toujours rapide. Un drain, très petit, est laissé à demeure.

Huit heures après l'intervention, la respiration devint plus rapide, le rythme de Cheyne Stokes reparut, et l'enfant mourut seize heures après l'opération. A ce moment la température était de 40°1.

A l'autopsie, nombreux tubercules. Les ventricules sont dilatés et leurs parois ramollies. La dure-mère avait été incisée juste au-dessous de l'amygdale, et on pouvait constater que ni le cervelet ni le quatrième ventricule n'avaient été lésés par la sonde. La mort était fatale, à cause du degré étendu du ramollissement causé par la pression exagérée.

II. — Morton, en commentant l'observation de Parkin, insiste sur les points suivants :

Le ramollissement est peu marqué aux points où la méningite est la plus intense, c'est-à-dire à la base, autour de la scissure de Sylvius, ce qui semble un argument contre l'origine inflammatoire du ramollissement.

A la période de début, alors que l'enfant vomit ou se plaint de la tête, l'indication opératoire est difficile à préciser car il n'y a pas lieu de supposer une augmentation de pression ; ce n'est que lorsqu'il y a du coma, que cet excès de pression existe.

De plus, le ramollissement n'atteint que la substance blanche qui entoure les ventricules latéraux et le corps calleux ; or, il faut reconnaître que ce n'est pas la lésion de ces parties du cerveau qui pourrait entraîner le coma ou l'arrêt respiratoire. On ne trouve point en ces cas de ramollissement des circonvolutions ou du bulbe. MAUBRAC.

Contribution à l'étude de l'hémiathétose primaire, par COMBE (*Revue méd. Suisse romande*, *XII*, 686, *octobre* 1892).

Fille de 11 ans ayant subi une résection de la hanche gauche pour coxalgie suppurée. Une tentative de redressement de la jambe est suivie d'une attaque apoplectiforme avec déviation conjuguée des yeux à droite et convulsions dans le bras gauche. Le lendemain, l'enfant reprend connaissance ; il n'existe ni paralysie, ni anesthésie, et les mouvements convulsifs ont complètement disparu. Cinq mois plus tard, les doigts de la main gauche commencent à être animés de mouvements lents et continuels de plus en plus forts ; quelques semaines plus tard mouvements analogues dans les orteils gauches. Enfin depuis quelques mois, violents maux de tête, vertiges et vomissements. État actuel : Sensation de chute, aucune paralysie de la motilité ou de la sensibilité. Hémiathétose gauche limitée aux doigts et orteils et cessant pendant le sommeil. Spasmes intermittents du poignet et du cou-de-pied gauches. Le pied est en outre le siège d'accès de crampes douloureuses qui le mettent en varus équin ; ces accès sont précédés d'engourdissement, sans aura sensorielle, durent dix minutes et ne s'accompagnent pas de perte de la connaissance. Réflexes exagérés des deux côtés, mais surtout à gauche. Rien à l'examen opthalmoscopique. Autres sens normaux de même que la sensibilité. Vomissements non précédés de nausées et se produisant surtout dans les mouvements. Vertiges et céphalée occipitale intense. Urines normales. Mort dans le coma, quatorze mois après l'ictus apoplectique, six mois après le début de l'athétose qui

n'a pas été suivie de paralysie. Diagnostic : tubercules cérébraux (par embolies dues au redressement de la jambe), l'un dans le mésocéphale, au voisinage immédiat du faisceau pyramidal, problablement dans le corps strié droit ; l'autre dans le cervelet.

Autopsie. Pas de méningite. Dans le noyau lenticulaire droit, un tubercule gros comme une amande dont le centre est légèrement jaunâtre, mais non caséeux. Dans le noyau lenticulaire gauche, un tubercule non caséifié, de la grosseur d'un pois, entouré de tous côtés par la substance grise. Sur les deuxièmes circonvolutions frontales, droite et gauche, un tubercule aplati, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Dans l'hémisphère cérébelleux droit, un gros tubercule du volume d'une petite pomme fortement adhérent à la dure-mère et à centre entièrement caséeux.

Conclusions. Les tubercules des lobes frontaux et du noyau lenticulaire gauche n'ont donné lieu à aucun symptôme et n'ont pas été diagnostiqués. Ce dernier tubercule prouve que l'athétose n'est pas produite par une irritation du noyau lenticulaire lui-même, puisqu'il n'y avait pas d'athétose double. L'hémiathétose ne se produit que par une irritation du faisceau pyramidal voisin, ainsi que l'ont démontré Kahler et Pick. L'absence d'hémiplégie, malgré la lésion des deux noyaux lenticulaires, concorde avec l'opinion de Schiff qui, contrairement à Nothnagel et à Vulpian, refuse aux corps striés toute fonction motrice. Enfin, l'existence de plusieurs tubercules latents, prouve une fois de plus qu'il n'y a pas lieu d'opérer les tubercules cérébraux.

J. B.

Sur la paralysie spinale récidivante de l'enfance (probablement d'origine syphilitique), par M. FRIEDMANN (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, III, p.* 182).

1° Garçon de 10 ans, torticolis congénital ; à 1 an 1/2 production d'une cyphose cervicale et paralysie spasmodique des jambes ; rétablissement complet au bout d'un an. A l'âge de 7 ans, deuxième accès de paralysie spasmodique avec faiblesse de la vessie, guérison au bout d'un an. A l'âge de 10 ans, troisième accès et guérison en onze mois par le traitement antisyphilitique.

2° Garçon de 5 ans. A l'âge de 4 semaines a présenté une forte éruption ; paralysie des quatre extrémités dans les trois premiers mois de la vie, complète guérison un an plus tard. Dans le cours de la deuxième année paralysie du bras gauche durant six mois, guérison. A 4 ans, nouvelle paralysie spasmodique des jambes avec faiblesse vésicale durant depuis six mois, conformation spéciale du crâne, céphalalgie.

L'auteur pense que dans ces cas il s'agit d'une paralysie spasmodique d'origine syphilitique héréditaire, caractérisée par une curabilité complète, par la tendance aux récidives, et enfin par l'absence de symptômes cérébraux. D'après lui cette forme de paralysie de l'enfance serait plus ou moins parente de la paralysie spinale syphilitique que Erb a décrite chez les adultes, peut-être même tout à fait analogue à celle-ci ; elle correspond probablement à une lésion spéciale et toujours identique de la moelle.

PIERRE MARIE.

Maladie de Friedreich, par A. LUNZ (*Bolnitschnaia Gazeta Botkina, n°* 10, *mars* 1893).

Enfant de 13 ans : père sain, mère nerveuse. Le plus jeune frère du malade, à l'âge de 4 ans, commença à mal marcher et à avoir du vertige et de l'embarras de parole, il mourut à 9 ans. Quant à lui, il eut à 2 ans une scar-

latine : à la suite, ses parents remarquèrent une défectuosité dans sa marche. A 7 ans, les mouvements des muscles supérieurs deviennent irréguliers, et bientôt après, la parole s'embarrasse. Au moment où Lunz l'examina, son intelligence était normale, mais sa face avait une expression terne, il paraissait endormi, indifférent, se plaignait de vertiges et de maux de tête : il n'avait pas de nystagmus. Il y avait des mouvements impulsifs de la tête, du tronc et des extrémités. La parole était lente, scandée, irrégulière. Le rachis était affecté de cyphose et de scoliose : les pieds avaient de la tendance à se dévier en pieds bots varus équin. Enfin, la sensibilité était diminuée dans les quatre membres. Lunz, malgré l'absence de nystagmus, regarde l'affection comme un cas de maladie de Friedreich. H. R.

I. — On central birth palsy (Paralysie congénitale centrale), par Thomas OLIVER (*Brit. med. j.*, *p.* 732, 8 *avril* 1893).

II. — On peripheral birth palsy, par William GAY (*Ibidem*, *p.* 733).

I. — A côté des cas de méningite des jeunes enfants, qui s'accompagnent de paralysie et de perte de la parole, Oliver signale des faits de lésions centrales du cerveau entraînant la paralysie. L'observation 1 est celle d'un garçon de 14 ans, à la naissance duquel il fallut employer le forceps : quelques heures après, il eut des convulsions, qui persistèrent pendant trois jours et cessèrent définitivement, mais l'enfant resta hémiplégique avec atrophie du côté paralysé, y compris la face; les mouvements sont possibles, mais incertains : il y a de l'athétose.

L'observation 2 montre un enfant né dans des conditions normales, après un travail très rapide, sans l'aide du forceps et néanmoins succombant le troisième jour avec des ecchymoses sur les méninges et des plaques hémorragiques intracérébrales. La paralysie n'était pas survenue, mais il y avait un état comateux.

Dans l'observation 3, il s'agit d'une paraplégie spastique avec rigidité des deux membres et double pied bot, datant de l'enfance.

L'auteur ne discute pas la question des scléroses encéphaliques consécutives aux lésions vasculaires, bien connues depuis le mémoire de Richardière.

II. — Gay passe en revue les diverses paralysies périphériques consécutives à l'accouchement. La plus commune est la paralysie faciale, par pression du forceps. La paralysie du bras dont il publie deux cas, tient à des froissements et à des tractions exagérés pour dégager les épaules, une fois la tête hors de la vulve ; on l'a vue également survenir par compression de la cuiller du forceps agissant sur le trapèze et les nerfs sous-jacents. Le type Duchenne Erb, avec paralysie des deltoïdes, des biceps, brachial antérieur et des supinateurs est également fréquent. Ce sont de véritables névrites radiculaires qui se produisent alors.

H. R.

Sur la névrite interstitielle, hypertrophique et progressive de l'enfance, par J. DÉJERINE et J. SOTTAS (*Mémoires de la Société de biologie*, 18 *mars* 1893).

Cette affection se présente en clinique avec les caractères suivants : début dans le bas âge ou la seconde enfance par de l'atrophie musculaire des extrémités avec altération de la sensibilité et douleurs fulgurantes, cypho-scoliose, hypertrophie et dureté des troncs nerveux, absence de troubles trophiques cutanés; puis apparition de symptômes d'incoordi-

nation motrice avec signe de Romberg, myosis avec réaction lumineuse lente ou abolie, signe d'Argyll Robertson et nystagmus dynamique. C'est le tableau d'un atrophique doublé d'un ataxique. Cette affection est, en général, familiale et doit être considérée comme une maladie d'évolution due à une anomalie de développement du système nerveux périphérique. DASTRE.

La nevrite periferica nella malattia di Raynaud, par F. DE GRAZIA (*La Riforma medica, p.* 38, 6 *octobre* 1892).

A l'examen du doigt d'une enfant atteinte, depuis plusieurs mois, de gangrène de la presque totalité des doigts des deux mains, l'auteur a constaté l'intégrité des artères et des veines et l'existence de lésions nerveuses caractérisées par la tuméfaction de l'épinèvre et du périnèvre, des altérations des fibres nerveuses dans quelques-unes desquelles on ne pouvait plus distinguer le cylindre-axe de la gaine de myéline, tandis que d'autres nerfs n'étaient plus représentés que par une masse de tissu conjonctif avec quelques fibres nerveuses très rares.

L'auteur pense que ces lésions nerveuses sont antérieures à la gangrène, et en sont la cause. Il regarde la maladie de Raynaud comme due à une névrite, laquelle est consécutive à une maladie infectieuse ou à une intoxication, mais comme toutes les névrites ne la déterminent pas, il faut que quelque autre cause, peut-être un trouble circulatoire ou une lésion vasculaire, vienne ajouter son action. GEORGES THIBIERGE.

Successful excision of hydrencephalocele, par Ch. MAYO (*Annals of surgery, VIII, n°* 1, *p.* 26, 1893).

Il s'agit d'un enfant d'un an et demi, qui portait une tumeur congénitale, grosse comme une orange, située au milieu de la région occipitale; on constata qu'une partie du contenu du crâne venait se loger dans la tumeur, à travers une ouverture osseuse.

On disséqua deux lambeaux de peau, un de chaque côté de la tumeur, et la dure-mère fut détachée de l'ouverture osseuse; après ouverture du sac, s'écoulèrent 30 grammes environ de liquide céphalorachidien normal; la paroi du sac était formée de la dure-mère, et près de sa base par du tissu cérébral atrophié dont on retrouvait une mince couche sur les côtés; la cavité de cette tumeur paraissait continuer avec le ventricule latéral.

Un gros catgut fut jeté sur le pédicule, et le reste de la tumeur fut réséqué; suture des lambeaux cutanés, pansement sec.

Quelques accidents spasmodiques survinrent après l'application du pansement, puis la guérison s'accomplit heureusement. MAUBRAC.

Ein Fall von Craniectomie bei Microcephalie, par Bernhard JOOS (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 6, *p.* 220, 15 *mars* 1893).

Garçon de 3 3/4 ans, sans antécédents héréditaires, mais de père buveur. Depuis sa naissance, il est idiot et ressemble plus à un animal sauvage qu'à un être humain, faisant jour et nuit du vacarme, complètement gâteux, refusant tous les aliments solides. Il ne marche que depuis trois mois et n'émet que des sons inarticulés; facilement irritable, il cherche alors à mordre et à égratigner; une chute du rectum et une hernie inguinale ont été la conséquence de ses cris incessants.

Crâne microcéphale: diamètre antéropostérieur, 32 centimètres; diamètre biauriculaire 27,2.

Le 27 novembre 1891, Walder fait la craniectomie linéaire du côté droit. Immédiatement après l'opération 38°,5 et 140 pulsations.

Les suites de cette première craniectomie furent que l'enfant devint plus calme, moins méchant, cessa d'être gâteux.

Le 17 juin 1892, deuxième craniectomie linéaire, faite cette fois en travers des os du côté gauche, avec l'espoir (réalisé) de favoriser le développement du centre de la parole. Immédiatement après l'opération, même élévation de la température et du pouls qu'après la première. Guérison par première intention. Etat, quinze mois après la première opération : amélioration très nette. L'enfant a appris à prononcer les mots qu'on lui dit, à nommer spontanément les objets qui l'entourent ; il est devenu poli et obéissant. Les diamètres crâniens ont augmenté de 2 centimètres d'avant en arrière et de 2,8 d'une oreille à l'autre. J. B.

A case of focal epilepsy ; trephining..., par Rushton PARKER et Francis GOTCH (*Brit. med. j., p.* 1101, 27 *mai* 1893).

Garçon de 9 ans, sans antécédents névropathiques. Chute sur la tête en octobre 1891. Trois semaines plus tard, tremblements spasmodiques de la main gauche, qui se répètent de plus en plus souvent, puis s'étendent à l'avant-bras; bientôt accès épileptiformes impliquant la tête, les yeux, le membre supérieur gauche, et s'accompagnant de vomissements.

Le 7 décembre 1892, trépanation au niveau de la zone rolandique, d'après les données fournies par Horsley. Après ablation de la rondelle osseuse, on tombe exactement sur le genou de la circonvolution frontale ascendante; l'excitation de cette circonvolution provoque des mouvements du pouce. On excise cette région avec une curette, sans constater d'ailleurs de lésion appréciable; et après avoir lavé à l'eau bouillie et enlevé le sang, on suture la dure-mère, on replace le disque osseux, et on panse antiseptiquement.

Guérison par première intention, mais sans aucune amélioration fonctionnelle. Le jour même qui suivit l'opération, neuf attaques; le second jour, vingt-sept, et les jours suivants, de dix à trente. Pourtant, deux mois plus tard, il a beaucoup moins de crises. H. R.

A case of acromegaly, par Beaven RAKE (*Brit. med. j., p.* 518, 11 *mars* 1893).

Cas intéressant, en ce qu'il s'agit d'un enfant nègre âgé de 10 ans, chez lequel la malformation des mains, des pieds et du maxillaire inférieur était congénitale. Suit la description de l'hypertrophie des pieds et des mains, accompagnée de leurs mensurations. Aucun détail nouveau. H. R.

A case of Raynaud's disease with paroxysmal hœmoglobinuria, par A. HAIG (*Trans. of the Path. Soc. of London, L, p.* 143).

Observation très détaillée d'une enfant de 6 ans, qui, du mois de décembre 1890 au 22 janvier 1892, eut quarante-cinq attaques d'apoplexie locale des extrémités alternant avec des accès d'hémoglobinurie paroxystique, au nombre de neuf.

Les points intéressants de ce cas sont : la pâleur et le mal de tête qui survenaient au moment des crises; la lenteur du pouls, la disparition de celui-ci sous l'influence du salicylate de soude. Les attaques revenaient toujours le matin, à l'heure où les urines sont le plus chargées d'acide urique. L'auteur regarde l'hémoglobinurie comme la conséquence de la congestion rénale produite par l'uricémie : pendant les crises, les artères sont à l'état de contraction et la pression sanguine est accrue. H. R.

Amyotrophie chez un enfant, paraissant pouvoir être rattachée à la lèpre, par SEVESTRE et MÉRY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 *février* 1893).

Un enfant de 9 ans et demi, bien portant jusqu'à 6 ans, présente, en octobre 1889, un malaise assez vague se caractérisant par le manque d'entrain, la pâleur croissante des téguments, la fatigue au moindre exercice ; au bout de quelques mois, il pouvait à peine faire quelques pas. Jamais de vraie paralysie. En même temps on nota des adénopathies, surtout cervicales, et des sensations de chaleur vive, avec poussées de sueurs abondantes. Au bout d'un an, il y avait une atrophie notable des muscles des membres avec rétraction, surtout aux genoux et aux poignets. Après une saison à la Bourboule, on nota des dépressions de la peau avec décoloration et amincissement, quasi cicatriciels. En outre, il y a eu, à plusieurs reprises, à l'extrémité des doigts, des éruptions de pemphigus.

A l'examen, Sevestre constata une atrophie très prononcée et généralisée des muscles, une augmentation de volume des extrémités osseuses, avec flexion des genoux et des hanches. Certains muscles de la cuisse sont devenus scléreux ; les mains sont en griffe, les poignets pliés, et la rétraction tendineuse, très accentuée, empêche les mouvements. La face est très immobile. Les gros troncs nerveux des bras sont augmentés de volume et présentent, en outre, des nervures grosses comme des haricots. Aux membres inférieurs, les nerfs sous-cutanés portent des petits névromes superficiels. La sensibilité est intacte. Sevestre conclut avec réserve au diagnostic de lèpre. H. L.

De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants, par BARDOL (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, *n°* 6, *p.* 329, 1892, *et n°s* 1-2, *p.* 21-102, 1893).

De même que chez l'adulte, l'hystérie peut chez l'enfant revêtir le masque de certaines affections nerveuses organiques et notamment d'affections de l'encéphale.

C'est ainsi que l'hystérie peut simuler l'hémiplégie spasmodique infantile. La première observation du travail de Bardol concerne un enfant de 12 ans qui présentait une hémiplégie avec contracture, hémichorée, déformations prononcées des membres et athétose. L'absence d'épilepsie, de troubles intellectuels et d'aphasie, l'intégrité des muscles et de leurs réactions électriques, etc., permit de rejeter l'idée d'une hémiplégie avec lésions organiques du cerveau.

Il peut exister d'autre part, chez les enfants des syndromes hystériques simulateurs de maladies par lésions limitées de la zone motrice corticale. Ainsi des accidents hystériques peuvent simuler l'épilepsie partielle, et c'est seulement depuis le travail de Ballet (1884) que l'on connaît l'existence de l'épilepsie partielle de nature hystérique. La monoplégie hystérique ne peut guère être confondue avec la monoplégie par lésion corticale ; elle se distingue par son mode de début et surtout par l'existence de l'anesthésie, à distribution spéciale (limitation circulaire à la racine du membre).

L'aphasie hystérique infantile peut être confondue avec l'aphasie par lésion, quand elle survient à la suite d'une maladie infectieuse ou d'un traumatisme.

C'est surtout la pseudo-méningite hystérique qui peut en imposer pour la méningite aiguë. Pour établir le diagnostic on doit s'appuyer sur

les caractères du pouls que l'on n'a jamais trouvé irrégulier, sur la rareté de la fièvre (Pitres), sur la marche de la maladie (qui procède par crises et soubresauts), enfin sur l'existence des stigmates hystériques.

G. LYON.

Ueber das Vorkommen von Spiegelschrift... (Des conditions où l'on rencontre l'écriture en miroir, en particulier chez l'enfant), par CAHEN-BRACH (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LI*, *p.* 141).

L'écriture en miroir se rencontre chez l'enfant, au-dessous de dix ans, d'autant plus fréquemment qu'il est plus jeune ; mais il faut distinguer entre l'écriture en miroir volontaire et celle qui est due à une impulsion. Chez l'enfant normal cette forme d'écriture volontaire est en rapport avec l'absence de maturité intellectuelle et doit être considérée comme provenant du centre moteur du cerveau droit, agissant et coordinant le membre supérieur gauche en vue des mouvements d'écriture. Chez l'adulte normal, l'écriture volontaire en miroir est toujours plus facile que l'écriture régulière avec la main gauche. Chez les individus anormaux l'écriture en miroir peut être due à une impulsion, ou bien commencée par la volonté, elle se continue et coule par une simple impulsion. Il est, dans ces conditions, difficile de dire où commence l'état pathologique chez ceux qui écrivent en miroir et de donner à ce symptôme une valeur diagnostique considérable, jusqu'à ce que de nouvelles recherches aient été faites sur ce point.

C. LUZET.

I. — Tetanussymptome bei Diphtherie, par A. BAGINSKY (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 9, *p.* 206, 27 *février* 1893).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem*, *n°* 4, *p.* 101, 23 *janvier*, *et n°* 9, *p.* 215, 27 *février*).

I. — Garçon de 4 ans 9 mois, malade depuis quatre jours : gêne douloureuse de la mastication sans dysphagie. Dès qu'on essaie de lui ouvrir la bouche ou qu'on l'examine, survient une attaque ayant les caractères suivants : face vultueuse, trismus intense, pause respiratoire suivie d'une inspiration sifflante, prolongée ; occlusion énergique des paupières, abaissement des commissures labiales, rétraction de la tête sur la nuque ; raideur des muscles du dos ; quatre membres à demi-fléchis avec raideur des jointures ; poings fermés, les pouces en dedans ; dureté ligneuse des muscles du ventre. Conscience parfaite. Pupilles égales et réagissant normalement. Aucune paralysie faciale. Température normale ; pouls régulier (100).

Pas trace de blessure sur le corps. Au côté droit de la langue, ulcération irrégulière, assez profonde, grisâtre ; fétidité extrême de l'haleine. Impossible de voir la cavité buccale sans provoquer un violent accès tétaniforme avec spasme glottique.

Le premier diagnostic de Baginsky fut : tétanos causé par la lésion linguale ; pas d'amélioration par les lavements de chloral.

A partir du cinquième jour de l'admission, fièvre. Injections de sérum sanguin d'animal rendu réfractaire au tétanos. Deux jours plus tard, nouvelle élévation de la température et exanthème scarlatiniforme ; odeur presque gangréneuse de la bouche. Impossibilité persistante d'examiner le pharynx, vu le trismus. Le lendemain, rougeur, tuméfaction et sensibilité du genou gauche. Le dixième jour, l'état tétanique est moins intense, mais il y a du gonflement du genou droit. L'enfant est transféré dans le pavillon des scar-

latineux. Le douzième jour, ophtalmie diphtéritique avec chémosis; le pharynx, qu'on commence à pouvoir examiner, est rouge, sans enduits; les amygdales sont tuméfiées, la luette est œdématiée. Sur la muqueuse de la joue droite et sur le bord droit de la langue, pertes de substance, rouge foncé, sans ulcérations. Les phénomènes tétaniformes sont de moins en moins accusés; incision de phlegmons développés au niveau du genou gauche, à mi-hauteur de la cuisse droite et sur le bras droit; leur pus ne contient pas de bacilles de Nicolaier. Le vingt et unième jour, plus trace de symptômes tétaniques.

Durant ce temps, le petit malade avait donné lieu, dans la première salle où il fut admis, à une épidémie de diphtérie qui se prolongea deux mois, après avoir débuté le surlendemain de son transfert chez les scarlatineux, où il contagionna encore un petit malade. Le vingt-sixième jour, alors que le pharynx n'offrait plus que de la rougeur et du gonflement des amygdales, on y découvrit le bacille de Lœffler, ce qui permit de rectifier le premier diagnostic, d'autant plus que ce petit garçon eut encore une série de complications ultérieures : otite moyenne, adénites cervicales, albuminurie, paralysie des moteurs oculaires communs, du voile palatin; irrégularités du cœur avec bruit de galop; paralysie des membres inférieurs avec suppression complète des réflexes rotuliens; paralysie de la déglutition qui rendit nécessaire, durant trois semaines, l'alimentation par la sonde œsophagienne. Au bout de cinq mois, le malade finit par guérir.

Baginsky se demande s'il a eu affaire à un tétanos compliqué de diphtérie ou à un tétanos consécutif à la lésion diphtéritique de la langue. Il a vainement recherché dans la littérature de cas de ce genre. Mais, d'autre part, il a observé chez des enfants deux cas de diphtérie mortelle, secondaire à la rougeole ou à la scarlatine. L'un de ces enfants offrait des accès de tétanos céphalique avec paralysie incomplète du facial, dès qu'on essayait d'examiner le pharynx, et l'autre, quelques heures avant la mort, des convulsions toniques des membres supérieurs sans trismus.

Enfin Marquardt lui a également communiqué l'histoire d'un petit diphtérique qui eut du trismus et des convulsions toniques auxquelles il succomba au bout de quatre heures.

Baginsky conclut de ces différents faits que le virus diphtéritique, à côté de ses effets paralysants, peut aussi provoquer des convulsions toniques. Il fait toutefois une réserve. En effet, deux de ces petits malades avaient une haleine très fétide, et l'on connaît un microorganisme, le protée, qui produit la putréfaction fétide et qui engendre des toxines aptes à déterminer, chez les animaux, des convulsions tétaniques, à l'approche de la mort.

Chez le diphtéritique de Baginsky, l'action des injections de sérum antitétanique a été sinon nulle, du moins très lente à se produire. De plus, le traitement de Behring a complètement échoué dans un cas de tétanos des nouveau-nés où les injections furent commencées dès la trente et unième heure de la maladie et s'élevèrent en sept heures à 20 centimètres cubes, tant sous la peau que dans la cavité abdominale. Les phlegmons constituent une complication désagréable de ces injections. Behring a aussi indiqué qu'elles peuvent donner lieu à un érythème scarlatiniforme.

II. — Henoch déclare n'avoir jamais noté de symptômes tétaniformes dans la diphtérie. J. B.

Blutdruck bei Diphterie (La pression sanguine dans la diphtérie), par **FRIEDEMANN** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, *XXXVI*, *p.* 50-86).

Pour avoir une valeur clinique et permettre d'affirmer l'influence exercée sur le cœur par la pression diphtéritique l'abaissement de la pression sanguine doit être d'au moins 70 millimètres de mercure. Cet abaissement survient aux époques les plus variables de la maladie. Sa valeur pronostique est des plus graves. A.-F. PLICQUE.

La coqueluche, par **H. RICHARDIÈRE** (*In*-16, *Paris*, 1893).

Excellente monographie, mise au point des données les plus modernes. L'auteur s'est surtout placé au point de vue clinique; mais à côté de la partie descriptive, il a cherché à montrer quelle est la part, dans les maladies, de l'infection spécifique et des infections secondaires. Il se range à l'avis d'Afanassiew, que la coqueluche est produite par un microbe spécial, donnant lieu à de petites colonies d'un jaune brun sur la gélatine, mais il considère la bronchopneumonie, et généralement les complications thoraciques et buccales, comme la conséquence d'infections secondaires dues presque toujours à la présence du streptocoque.

Le traitement constitue un des bons chapitres de l'ouvrage. Richardière vante surtout l'antipyrine, mais omet de citer le drosera, qui paraît jouir d'une certaine efficacité comme antispasmodique. H. R.

La rougeole, par **H. BARBIER** (*In*-16, *Paris*, 1893).

Travail de compilation consciencieux et complet. L'auteur, à propos des assertions bactériologiques de Canon et Piclicke signale des expériences de culture qui lui sont personnelles sur les sécrétions lacrymales des morbilleux ; il y a constaté la présence d'un bacille peu abondant dans la première culture, mais facile à régénérer, ressemblant par certains caractères à celui de la dipthérie, mais beaucoup plus irrégulier. Comme l'avaient déjà signalé Boulloche et Méry, les sécrétions lacrymales et buccales des morbilleux renferment toujours en même temps des streptocoques et des pneumocoques, de sorte qu'il est impossible de conclure à la réalité du microbe pathogène de la rougeole.

Au point de vue de la contagion, l'auteur se rallie à la doctrine de Grancher, et ne croit pas à la transmission du contage par l'air, sauf à très petite distance. H. R.

Ein Beitrag zur Kenntniss des chirurgischen Scharlachs, par **Emil KOCH** (*Thèse Bâle*, 1892, *et Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 6, *p.* 242, 15 *mars* 1893).

Koch a étudié, à l'instigation de Hagenbach, les faits de l'hôpital des Enfants de Bâle, dans lesquels le virus scarlatineux avait eu pour voie d'entrée une plaie.

Sur les 29 cas qu'il a recueillis, 13 se rapportent à des trachéotomies. Des 127 enfants trachéotomisés pour croup, de 1882 à 1889, 13 ont contracté la scarlatine, tandis que dans la même salle de diphtéritiques, des 151 enfants qui n'ont pas subi la trachéotomie, 4 seulement ont été pris de scarlatine. Pour mettre fin à cette contagion hospitalière, il a fallu

renoncer à admettre dans le pavillon d'isolement (complètement séparé pourtant) les scarlatineux de la ville. Dans la nouvelle salle des croups, ouverte en janvier 1889, il n'est survenu jusqu'ici aucun cas de scarlatine chirurgicale, tandis que dans les anciennes salles, malgré une désinfection soigneuse, il n'a cessé de s'en produire de nouveaux.

La période d'incubation est très souvent beaucoup plus courte que dans la scarlatine ordinaire. L'angine est généralement insignifiante.

Chez quelques malades, la plaie s'est enflammée peu avant l'apparition de la scarlatine, ou au moment même où elle apparaissait. Il n'a pas été possible de constater un seul cas certain dans lequel l'éruption ait débuté par la plaie.

Le diagnostic de la scarlatine chirurgicale est assez délicat, pour éviter la confusion avec des érythèmes toxiques et septiques. J. B.

Ueber das Vorkommen von Milztumoren bei Kindern besonders, bei rachitischen, par Leop. KUTTNER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 44, *p.* 1106, 31 *octobre*, *et n°* 45, *p.* 1137, 7 *novembre* 1892).

Sur 60 enfants rachitiques chez lesquels Kuttner a palpé la rate, il l'a trouvée 44 fois augmentée de volume; chez 33, le bord inférieur de la rate était appréciable entre les 10e et 11e cartilages costaux; chez 9, il dépassait, de deux travers de doigt, le rebord des fausses côtes; chez 2 seulement, l'hypertrophie était plus considérable.

Chez 50 de ces petits malades, il existait des ganglions plus ou moins développés au niveau du cou, de l'aisselle et de l'aine.

Les chiffres de Kuttner correspondent sensiblement à ceux de Gerhardt qui a noté 35 fois l'augmentation du volume de la rate sur 54 enfants rachitiques.

La numération des globules sanguins et le dosage de l'hémoglobine n'offrent pas de résultats constants chez les enfants rachitiques atteints d'hypertrophie splénique. J. B.

Pérytyphlite latente donnant lieu, chez un enfant, à une pleurésie purulente, par A. BAGINSKY (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 48, *p.* 1228, 28 *novembre* 1892).

Garçon de 7 ans et demi, offrant depuis quelques jours des troubles morbides peu caractéristiques. Baginsky constate seulement un épanchement pleural droit dont il extrait un demi-litre de pus très fétide. Après une amélioration momentanée, survinrent du ténesme et une diarrhée muco-sanguinolente. Mort par épuisement.

Autopsie. Adhérences du côlon ascendant avec la partie postérieure du foie, une anse d'intestin grêle et la paroi abdominale; à l'intérieur de ces adhérences, foyer de pus verdâtre, enkysté.

Le foyer se continue en haut par une traînée purulente qui, en passant à la face supérieure du foie, arrive sous le diaphragme et le perfore dans une étendue d'au moins 1 centimètre.

Cette perforation établit une large communication avec la cavité pleurale. Soudure de la base des poumons au diaphragme et de celui-ci au foie.

L'appendice vermiforme est enveloppé dans une masse purulente onctueuse et adhère au grand épiploon, ainsi qu'à la paroi abdominale. Il présente une petite ulcération, à bords irréguliers, remplie par un coprolithe, mou, de la grosseur d'un pois. Tuméfaction intense de toute la muqueuse du côlon et surtout de ses follicules. J. B.

Un cas de paralysie à la suite du choléra infantile, par BÉZY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 *mars* 1893).

Un enfant est nourri au sein jusqu'à 3 mois, puis au biberon. De 3 à 8 mois, il eut presque constamment la diarrhée verte et, à ce moment, il eut une attaque de choléra infantile; peu après, la mère nota que la tête pendait, que la jambe droite et le bras gauche ne remuaient pas.

Bézy vit l'enfant âgé de 14 mois et constata qu'il n'y avait pas d'atrophie musculaire; que le membre supérieur gauche pendait inerte, et qu'il y avait une paralysie incomplète du deltoïde et des radiaux; le membre inférieur droit était aussi parésié; pas de réaction de dégénérescence électrique. Le traitement par massage, électricité, noix vomique, amena au bout d'un mois une légère amélioration.

Bézy admet que la paralysie est due à une toxicohémie colibacillaire, d'origine intestinale. H. L.

Prolapse of Meckel's diverticulum, par T. C. RAILTON (*Brit. med. j.*, *p.* 795, 15 *avril* 1893).

Enfant de 11 mois; au niveau de l'ombilic se voit une saillie d'un pouce de long, rouge, cylindrique, recouverte d'une membrane muqueuse. On ne trouve aucune ouverture conduisant dans la cavité abdominale. La mère de l'enfant rapporte que peu après sa naissance, le cordon ombilical a suppuré et est resté longtemps fistuleux, puis a fini par se sécher, en même temps qu'apparaissait le bourgeon hernié.

Le 6 février, cet appendice est enlevé après ligature préalable, et l'enfant guérit.

Histologiquement, l'examen de l'appendice montre une muqueuse très semblable à celle de l'intestin, avec des glandes de Lieberkuhn et une couche d'épithélium cylindrique. Au-dessous se voit une couche muqueuse et un centre fibreux.

L'auteur regarde ce fait comme un exemple de prolapsus du canal omphalo-mésentérique (diverticule de Meckel). H. R.

Macroglossie par angiome sanguin, par J.-L. REVERDIN et F. BUSCARLET (*Revue médic. Suisse romande*, *XII*, 738).

Fillette ayant, dès la naissance, la langue noire, une tache de même couleur à la lèvre inférieure et une grosseur à la joue gauche, vers la commissure labiale. Vers l'âge de 8 mois, on remarqua que la langue et la lèvre augmentaient de volume. Depuis trois ans, la langue ne peut plus rentrer dans la bouche, sans d'ailleurs qu'il y ait gêne de l'alimentation ni de la parole. Depuis huit mois surtout, la langue est devenue de plus en plus saillante et a donné lieu à sept hémorragies dont la première seule a été très abondante.

La tumeur s'est développée aux dépens de la partie antérieure de la langue, sans avoir de limites précises. La muqueuse qui la recouvre est parcheminée. La masse a une couleur générale d'un violet noir, mais, de près, on remarque des points noirs sur un fond, ici violacé, là plutôt rosé; elle se laisse un peu déprimer, mais se gonfle aussitôt. Pas d'élévation de température à la main, ni pulsations. Sa longueur est de 9 centimètres, sa largeur de 7 et sa circonférence maximum de 18 centimètres. Les dents de la mâchoire inférieure sont complètement couchées en avant. Toute la lèvre inférieure est épaissie, renversée en bas et tachetée de nombreux points noirs. En dehors de la commissure labiale gauche, se voit sur la joue une tumeur, plus saillante du côté de la muqueuse, molle, violette, non pulsatile, réductible.

Reverdin fait la ligature préalable des deux artères linguales par le procédé Farabeuf; il est obligé de lier en même temps quatre veines et l'artère faciale gauche. Drain dans chaque plaie, sortant par une contre-ouverture; suture de soie. Aussitôt après, la langue a augmenté notablement de volume, ce qu'il attribue à la ligature involontaire des veines linguales.

Six jours plus tard, amputation au thermocautère, avec forcipressure; hémorragie insignifiante. Guérison un peu retardée par une coqueluche intercurrente.

Treize mois plus tard, les nouvelles dents ont poussé et ont une direction normale. Au niveau de la cicatrice, en avant du moignon lingual, une tache bleuâtre, un peu saillante, indiquant une reproduction angiomateuse. La parole est facile et intelligible, mais l'enfant bave encore un peu. Les angiomes de la lèvre et de la joue gauche ont un peu augmenté.

L'examen histologique, pratiqué par Buscarlet, montre qu'il s'agit d'un angiome caverneux extrêmement développé et intra-musculaire avec lymphangiectasie simultanée dans la muqueuse. (*R. S. M.*, II, 888; IV, 650; XIX, 69; XXI, 59; XXX, 599; XXXI, 700; XXXV, 571, et XXXIX, 668.) J. B.

Kyste fœtal adhérent à la région cervicale d'un nouveau-né, par PAMARD (7e *Cong. fr. chir. Bulletin méd.*, 16 *avril* 1893).

Nouveau-né pesant 2 kilog. 500 grammes et présentant à la région cervicale latérale droite une tumeur liquide, du poids d'un kilogramme. La circonférence de son pédicule mesurait 28 centimètres et son diamètre vertical 10 centimètres; par la palpation on constatait qu'elle adhérait à la peau sur la ligne médiane et qu'elle renfermait des saillies, d'apparence fœtale.

Une incision circonférentielle étant faite au niveau du pédicule, on plaça sur celui-ci une ligature élastique; huit jours plus tard la tumeur tombait et son incision montrait qu'elle s'était développée dans le tissu cellulaire et qu'elle renfermait du liquide et un fœtus dont les membres inférieurs et un membre supérieur étaient bien conformés. OZENNE.

A case of symmetrical gangrene of the feet, par d'Arcy POWER (*The Lancet*, *p.* 149, 29 *juillet* 1893).

Une fille de 4 ans et 8 mois, sans antécédents personnels ou héréditaires, entre à l'hôpital le 9 mars 1893, avec une gangrène des deux pieds. Durant l'hiver de 1891, elle eut des engelures aux deux pieds; en décembre 1892, après quelques troubles de nutrition dans les deux membres, tous les orteils devinrent noirs et ridés.

A son admission on note un pouls à 144, des artères radiales flexueuses et épaissies; les pulsations de la tibiale postérieure et de la pédieuse sont nettement perçues; tous les orteils sont gangrenés jusqu'à l'articulation métatarso-phalangienne. L'élimination spontanée des parties gangrenées commença vers le milieu de mars, et le 6 avril, on enleva sous le chloroforme toutes les parties sphacélées.

La guérison fut complète. MAUBRAC.

Ueber einen Fall von Exstirpation der traumatisch zerrissenen Milz, par O. RIEGNER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 8, *p.* 177, 20 *février* 1893).

Riegner n'a pas trouvé dans la littérature de cas d'extirpation de la rate pour rupture traumatique.

Garçon de 14 ans tombé d'une hauteur de deux étages, le ventre sur une planche. Vives douleurs abdominales, vomissements bruns répétés : 110 pulsations, respiration superficielle et saccadée. Ventre n'offrant immédiate-

ment ni augmentation de volume, ni matité, mais partout une exquise sensibilité à la pression ; plusieurs excoriations au côté gauche du thorax et sur le genou correspondant.

Le lendemain matin, hoquets, 36°, 120 puis 140 pulsations misérables, respiration costale, ventre volumineux et très douloureux, matité hépatique s'étendant de la quatrième côte à un travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes. Matité dans la région hypogastrique et dans les régions latérales déclives, surtout du côté gauche où, en haut, elle se continue sans interruption avec celle de la rate. Pas de miction depuis l'entrée. La sonde ramème 100 grammes d'urine ne contenant pas de sang ; pâleur extrême.

On diagnostique une hémorragie intra-abdominale résultant de la rupture du foie ou plutôt de la rate. Laparotomie ; le péritoine ouvert, il s'échappe violemment un litre et demi de sang très fluide, couleur de laque, paraissant venir de l'hypocondre droit. Aussi, à la première incision faite sur la ligne médiane, Riegner en ajoute une transversale dirigée le long du rebord costal droit. En arrière du foie, on trouve beaucoup de caillots de sang sans d'ailleurs que cet organe soit lésé. Riegner se décide à extraire le paquet intestinal, en l'enveloppant dans des compresses de la solution salée stérilisée et chaude. Le côté gauche de l'abdomen renferme une grande quantité de caillots spongieux, au sein desquels on reconnaît quelques débris de la rate. Riegner pratique alors une incision transversale dirigée à gauche, au niveau de l'hypocondre. On aperçoit la rate complètement séparée en deux, au milieu de sa portion moyenne ; le segment inférieur, sans connexion aucune avec l'autre, est enlevé avec les vaisseaux qui y sont appendus. Le segment supérieur tient encore partiellement au ligament phrénico-splénique et aux vaisseaux du hîle; on l'enlève après avoir lié ceux-ci ainsi que tous les orifices vasculaires visibles. L'opération ne donne lieu à aucune perte de sang. Intégrité des autres viscères abdominaux et du péritoine. Extraction des caillots, réduction des intestins. Suture des trois incisions. Injection sous-cutanée de 300 grammes de la liqueur salée à 0,6 0/0 dans chacun des quatre membres. Enveloppement ouaté et position élevée des jambes.

Le quatrième jour, vives douleurs dans la jambe gauche ; le pied et le bas de la jambe sont noirâtres, froids et insensibles ; l'articulation tibio-tarsienne est le siège d'un épanchement considérable. Le douzième jour, ablation des sutures, le pouls restait accéléré : 114 pulsations. Peu à peu, momification du pied et plaques multiples de gangrène sur la jambe. Le vingt-cinquième jour, amputation de cuisse. Tuméfaction universelle des ganglions accessibles. Guérison avec tendance à de petites éventrations cicatricielles, malgré une ceinture préventive.

Nussbaum et Meyer ont réuni 23 cas de ruptures traumatiques de rates saines, dont 22 ont entraîné la mort. Par bonheur, chez le blessé de Riegner, par suite d'une sorte de torsion et de contusion des vaisseaux du hîle, l'hémorragie n'a commencé qu'une douzaine d'heures après l'accident, ce qui a donné le temps d'intervenir. Autres circonstances favorables : la rupture de la rate était complète et les autres organes abdominaux étaient indemnes. Quant à la gangrène du membre inférieur, elle ne tient pas au traumatisme accidentel ; c'est une gangrène par thrombose de la veine tibiale postérieure, due à la fois à l'ischémie traumatique, à l'élévation du membre, à la compression ouatée et, peut-être, aussi au massage consécutif à l'injection salée faite dans la cuisse.

L'examen microscopique de la moelle du fémur amputé a montré les premiers indices d'un travail de réparation : prolifération des vaisseaux

et dilatation des canalicules de Havers. Au point de vue des fonctions hématopoïétiques de la rate, et du rôle vicarial d'autres organes, mérite également d'être signalée la tuméfaction de tous les ganglions lymphatiques qui semble vouloir rétrocéder sept mois après la splénectomie; simultanément, l'examen du sang a décelé une leucocytose, sans augmentation bien notable des globules blancs éosinophiles. J. B.

Des scolioses liées à l'existence de la paralysie infantile, par KIRMISSON (*Rev. d'orthopédie*, 1er *juillet* 1893).

Il est nécessaire d'établir de nombreuses subdivisions dans le groupe des scolioses. C'est ainsi qu'il existe une scoliose paralytique c'est-à-dire développée sous l'influence de la paralysie infantile. Cette forme particulière de déviation latérale du rachis n'a jusqu'ici que peu fixé l'attention des chirurgiens. Elle est du reste rare.

Kirmisson en a constaté un cas chez un garçon de 10 ans qui à 2 ans avait été frappé de paralysie infantile avec hémiplégie droite. A l'examen, on trouve le membre supérieur droit resté en partie paralysé, les muscles, surtout ceux de l'épaule, sont le siège d'une atrophie considérable manifeste particulièrement au deltoïde et aux fosses sous et sus-épineuses. Or, chez cet enfant, il s'est développé peu à peu une scoliose très prononcée dont la convexité est à gauche, la convexité de courbure répondant ainsi au côté sain tandis que les muscles paralysés sont du côté concave. Telle est du reste la règle posée par Messner qui l'a observée 7 fois sur 8 dans ses observations de scoliose paralytique.

On peut donc, semble-t-il, se servir de cas de scoliose liée à la paralysie infantile pour élucider la théorie pathogénique de la scoliose basée sur l'inégalité de force et de développement entre les muscles des deux moitiés du thorax et dans laquelle on a attribué la parésie tantôt au côté convexe, tantôt au côté concave et dire que dans la scoliose essentielle de l'adolescence ce sont bien les muscles répondant à la concavité de la courbure qui sont les muscles faibles.

Le pronostic de la scoliose liée à la paralysie infantile est relativement favorable, car cette forme de scoliose ne devient fixe que très tard ou même jamais. CART.

Large renal tumour in a child, abdominal nephrectomy, recovery, par Herbert ILOTT et J. WALSHAM (*Brit. med. j.*, *p.* 694, 1er *avril* 1893).

Enfant de 9 mois, atteint d'un développement insolite de l'abdomen, surtout du côté gauche, datant d'un mois environ. On constate une volumineuse tumeur étendue depuis le diaphragme jusqu'à la côte iliaque, mobile et fluctuante. On suppose qu'il s'agit d'une hydronéphrose, mais une ponction exploratrice ne ramène aucun liquide: c'est évidemment une tumeur du rein. Une incision exploratrice permet de constater que le rein est énorme et de consistance tellement fluctuante, qu'une ponction est faite *de visu*, dans l'idée qu'il s'agit d'une tumeur kystique. Il ne s'écoule que du sang. L'extirpation du rein est pratiquée séance tenante (4 avril 1892), sans grandes difficultés opératoires. Suite immédiate de l'opération régulière; mais deux jours après, accidents de fièvre et de bronchite mis sur le compte d'un travail de dentition. Guérison en 5 semaines.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un adénôme kystique congénital, séparé du rein par une capsule distincte; l'auteur émet

l'opinion que cette tumeur provient d'une déviation de structure du corps de Wolff.

La tumeur récidiva un an après, et cette fois, on ne jugea pas à propos de tenter une nouvelle ablation. H. R.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Recueil d'observations dermatologiques, par ARNOZAN (*Un vol. Bordeaux* 1892).

La première observation de ce recueil concerne un fait de sclérodermie avec asphyxie des extrémités. L'auteur avait pensé d'abord que l'endoartérite tenait une grande place dans la pathologie de la sclérodermie et de la maladie de Raynaud, à cause des lésions artérielles rencontrées par lui dans les artères cutanées et notamment dans celles des doigts et dans les arcades palmaires. Toutefois il a rencontré aussi des lésions du système nerveux très importantes, la présence de nombreux corpuscules embryonnaires autour du canal central de la moëlle avec un léger degré de syringomyélie, et en même temps dans la substance blanche des corpuscules amorphes et volumineux.

L'auteur croit devoir donner une grande importance aux altérations du système nerveux d'autant plus que dans un cas de sclérodermie vitligineuse, Jacquet et Saint-Germain ont rencontré des lésions analogues, sans altérations des vaisseaux. Le second chapitre renferme une très intéressante étude des névromes plexiformes basée sur trois observations; l'analyse de ce travail a déjà été publiée.

Nous ne pouvons que signaler les observations de lupus verruqueux et d'acné hypertrophique pour arriver aux trois observations de xéroderma pigmentosum. Avec Besnier, l'auteur explique cette maladie par une predisposition congénitale, peut-être même par une transmission directe encore inconnue dans sa modalité. Il fait un curieux parallèle entre le xéroderma et divers états pigmentaires qui surviennent dans les cachexies et la sénilité d'une part, et d'autre part les dermatoses telles que les éphélides. Ces états pigmentaires surviennent dans la phtisie avec les mêmes localisations que le xéroderma, à la face et aux mains. Dans la sénilité, ces hyperchromies préparent souvent le terrain à l'épithelioma. Il existe aussi des points de contact entre le xéroderma pigmentosum et les taches des éphélides et du lentigo qui, formées dans les premières années de la vie, se multiplient vers l'âge de 30 ans et aboutissent à 50 ans à l'épitheliomatose. Arnozan montre ainsi que le xéroderma pigmentosum se rattache par plus d'un lien à d'autres états de l'économie et que d'autres conditions peuvent réaliser une partie de son processus, notamment les états pigmentaires de la sénilité, les éphélides le lentigo. L'athéromateux, dit-il, est un vieillard, quelque soit son âge; celui qui voit apparaître sur son visage divers états pigmentaires est

menacé aussi d'une vieillesse anticipée et exposé plus tard aux épithéliomas. F. BALZER.

Des variations de la toxicité du sérum sanguin dans les affections cutanées, par QUINQUAUD (*Soc. de derm. et de syph.*, 18 *mai* 1893).

De ces expérimentations l'auteur conclut : 1° dans toutes les éruptions d'origine rénale le sérum sanguin tue le lapin à la dose de 5 à 6 centimètres cubes par kilogramme d'animal ; 2° dans les affections cutanées coïncidant avec de l'albuminurie, le sérum est le plus souvent hypertoxique, mais on peut le trouver normal ou hypotoxique ; 3° dans toutes les dermatites avec grande exfoliation, on trouve un sérum hypertoxique dans les premières phases de leur évolution ; 4° dans le pemphigus aigu, les érythèmes infectieux l'hypertoxicité est extrême et vraiment remarquable, tandis que la toxicité est normale ou inférieure à la normale dans certains pemphigus cachectiques ; 5° dans les eczémas disséminés ou généralisés, le sérum acquiert aussi une grande toxicité. P. MERMET.

Fall von Hemihyperhidrosis cruciata, par BAUER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 41, *p.* 1036, 10 *octobre* 1892).

Homme de 36 ans, sans autre antécédent morbide qu'une fièvre typhoïde, il y a dix-huit ans. Il présente une transpiration exagérée, au tronc, du côté droit jusqu'au nombril et sur tout le membre inférieur gauche. La tête, les membres supérieurs et le membre inférieur droit ne suent presque pas.

La pilocarpine ne provoque qu'une sudation peu marquée portant aussi sur les régions qui d'ordinaire ne transpirent pas.

Les autres particularités à signaler sont : l'absence de poils au pourtour du mamelon gauche ; le diamètre variable des pupilles ; l'absence de troubles sensitifs ou moteurs ; l'état normal des réflexes. Cet homme se fatigue facilement, a de fréquents maux de tête et a la main gauche gelée au moindre froid.

L'affection, vraisemblablement congénitale, n'a été remarquée qu'à l'âge de 14 ans et est restée stationnaire. J. B.

Hydroa buccal, par DU CASTEL (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 20 *juillet* 1893).

Homme de 27 ans présentant à la face externe des lèvres des croûtes noirâtres, à base arrondie, et à la face interne des surfaces recouvertes d'un enduit diphtéroïde grisâtre donnant absolument l'impression de plaques muqueuses. A la pointe de la langue même érosion diphtéroïde. Conjonctivite intense des deux yeux; pas d'iritis. Le diagnostic aurait été à peu près impossible sans l'anamnèse d'accidents analogues deux mois auparavant et la présence sur les deux mains d'un érythème iris. Il s'agit en un mot d'un érythème polymorphe avec lésions buccales très accusées et lésions oculaires. P. MERMET.

Sur une variété herpétiforme grave de pemphigus chronique, etc., par HALLOPEAU et BRODIER (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 8 *juin* 1893).

Observation intéressante d'une femme qui, sans cause bien nette, vit apparaître une éruption bulleuse généralisée. Cette éruption se fit surtou remarquer par les dimensions des bulles, la formation d'abcès sous-cutanés multiples et la gravité extrême des accidents généraux (fièvre intense et persistante, troubles cérébraux, état typhoïde). La marche chronique de la maladie mérite aussi d'attirer l'attention, ainsi que la production d'une liché-

nification des membres supérieurs sous l'influence du grattage, et que celle de cicatrices déprimées au niveau de l'éruption bulleuse. P. MERMET.

Sur un cas de maladie bulleuse à kystes épidermiques développée dans le jeune âge, par QUINQUAUD (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 8 *juin* 1893).

Enfant de 7 ans, chétive, maigre, très impressionnable, sans antécédents pathologiques cutanés graves, atteinte d'une maladie bulleuse chronique, caractérisée par : 1° des bulles aprurigineuses ou à peine prurigineuses, avec ou sans auréole inflammatoire, ne laissant pas en général de cicatrices et ayant envahi toute la surface du corps, les muqueuses elles-mêmes; 2° des granulations saillantes ou planes, de la grosseur d'une tête d'épingle et analogues à des grains de millet, tantôt discrètes tantôt groupées en certaines régions, constituées par des kystes épidermiques. L'activité nutritive est affaiblie, bien que l'état général reste satisfaisant; le sérum est plus toxique que normalement; il y a de l'hypoglobulie. Il s'agit en un mot d'une variété spéciale de maladie bulleuse infantile. Les bains de sublimé, les lotions boriquées ou phéniquées, l'antisepsie intestinale et un régime tonique ont eu raison de la dermatose. P. MERMET.

Du pemphigus foliacé; étude histologique des lésions trouvées dans trois cas semblables, par PETRINI (*Brochure in-8°, Paris*, 1892).

Trois observations de cette dermatose rare, avec autopsie. Dans les deux premières, quelques lésions, assez limitées, de sclérose avec artérite dans les cordons postérieurs et les cordons antéro-latéraux. Ces lésions faisant défaut dans le troisième cas, Petrini pense qu'il s'agit de lésions secondaires et d'une pure coïncidence. Dans ce dernier cas, le seul où il ait examiné les racines rachidiennes, les ganglions spinaux et les nerfs, il y a trouvé des fibres nerveuses dégénérées et atrophiées ; il pense que ces lésions sont beaucoup plus importantes, au point de vue de la pathogénie du pemphigus foliacé, que les lésions de la moelle inconstantes et variables. GEORGES THIBIERGE.

Herpès Zoster und dessen Einzeibung unter die Infectionskrankheiten, par WASILEWSKI (*Broch. in-8, 36 pages, Iena*, 1892).

L'auteur a surtout en vue la pathogénie du zona. Il passe en revue les diverses théories émises qu'on peut grouper, d'après lui, en deux classes : 1° les théories nerveuses; 2° la théorie infectieuse. Dans les premières, le zona serait une affection d'origine nerveuse se rapportant à des altérations soit des nerfs vaso-moteurs, soit des ganglions spinaux, soit enfin du système nerveux central. La théorie infectieuse pure soutenue par l'auteur et par Pfeiffer repose sur des faits cliniques et bactériologiques : le microscope, d'une part, nous montre constamment dans la peau des parties atteintes par l'infection, au niveau des cellules du corps papillaire, des protozoaires que, malheureusement, W. n'a pu cultiver et inoculer; la clinique, d'autre part, nous fait voir la nature épidémique du zona, sa contagiosité manifeste, l'immunité qu'il confère et tout un ensemble de symptômes généraux (prodromes, fièvre, embarras gastrique, adénopathie voisine), évidemment d'ordre toxique. P. MERMET.

De l'angiokératome, par PIFFAULT (*Thèse de Paris*, 1893).

Etude d'ensemble dans laquelle l'auteur utilise les travaux connus

jusqu'ici. Il montre que l'angiokératome se développe dans l'adolescence et en hiver surtout aux extrémités et à la face. C'est un angiome développé dans le derme papillaire et qui par compression de l'épiderme devient hyperkératosique. Mibelli en fait un lympho-hématangiome variqueux, dû à une disposition anormale des vaisseaux périphériques. Ces petites tumeurs rouges, verruqueuses, disséminées ou groupées, commencent par des taches rouges planes qui deviennent ensuite verruqueuses. L'angiokératome est bénin, il évolue très lentement. Le traitement de choix est l'électrolyse. F. BALZER.

La chéloïde spontanée multiple, par BONZON (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur considère la chéloïde spontanée multiple comme une trophonévrose cutanée. Le pronostic est bénin pour cette variété ; la résolution est la règle et le traitement chirurgical est à éviter d'autant plus qu'il est suivi de récidives avec aggravation de l'état antérieur. F. BALZER.

De l'érythème noueux secondaire, par JOULLIÉ (*Thèse de Paris*, 1893).

A côté de l'érythème noueux primitif à marche cyclique décrit par Trousseau, existe un érythème noueux secondaire à de nombreuses affections et dû le plus souvent au streptocoque ou à d'autres agents associés à ce microbe et qui agissent sur la peau soit directement, soit par leurs produits de sécrétion. L'éruption est soit d'origine angioneurotique, soit d'origine thrombosique : on l'observe surtout dans la syphilis, la septicémie, la blennorragie et la tuberculose. F. BALZER.

I. — Ueber generelle Hautpustulose mit tœdtlichem Ausgang (Deux cas d'impétigo herpétiforme d'Hebra, mortels), par FREYHAN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 6, *p.* 147, 6 *février* 1893).

II. — Discussion de la réunion dermatologique berlinoise. (*Ibidem*, *p.* 148.)

I. — Freyhan relate deux cas, accompagnés d'autopsie, de cette affection assez rare de la peau. L'un des cas concerne une femme en couches, de vingt-six ans, l'autre un maçon âgé de quarante ans. Chez tous deux, les lésions cutanées se sont développées très rapidement et étaient le plus marquées à la face, aux mains et sur les mamelles.

Les téguments des mains et ceux de la moitié inférieure des avant-bras étaient tuméfiés, chauds et revêtus de croûtes d'un brun sale.

Au-dessous des croûtes en train de se détacher, la peau apparaissait rouge, brillante et tendue, suintante même en quelques points, mais nulle part ulcérée. Sur le bord des parties malades et tout spécialement sur le nouvel épiderme mis au jour par la chute des croûtes, poussaient des groupes de pustules dont les plus grosses atteignaient au plus les dimensions de têtes d'épingles; la minorité de ces pustules renfermait encore un contenu jaune verdâtre, tandis que la grande majorité se desséchait déjà en croûtes solides. En nul endroit, il n'y avait de démarcation nette entre les tissus sains et malades; la transition s'opérait presque insensiblement. Le visage offrait les mêmes altérations que les mains au niveau des joues, du menton et des oreilles, tandis que le nez, le front et les orbites étaient demeurés indemnes. La face était surtout défigurée par le gonflement, car il y avait moins de croûtes qu'aux mains. Les lésions étaient le plus typiques dans les régions qui ont été les premières envahies, c'est-à-dire sur les mamelles; de chaque côté, elles formaient une plaque de l'étendue de la main, dont le

centre était occupé par les croûtes et la périphérie par des groupes irréguliers de pustules. Toutes les parties malades étaient douloureuses spontanément et à la pression.

Il y avait de la fièvre et une albuminurie considérable; le sédiment urinaire contenait quelques leucocytes et cylindres hyalins.

Au fur et à mesure, la dermatose gagna d'autres régions tégumentaires, sans disparaître des régions les premières atteintes. L'extension commença par les membres inférieurs, se continua au dos et envahit finalement toute la surface du corps, évoluant partout de la même façon, c'est-à-dire sous forme de pustules minuscules qui se desséchaient rapidement et formaient par confluence des croûtes de quelque étendue. Peu à peu survinrent de l'obnubilation intellectuelle, puis du sopor, du délire et, enfin, dans les dernières semaines, un profond coma.

Les deux autopsies n'ont pas fourni de renseignements satisfaisants sur les causes de la terminaison funeste. Seule la femme avait de la néphrite à la fois parenchymateuse et interstitielle. Les autres organes, ainsi que tous ceux de l'homme, étaient intacts. L'examen microscopique des pustules, fait à plusieurs reprises, est toujours demeuré négatif; dans les parties suintantes, on a constaté seulement les microbes pyogènes habituels, résultant d'une infection certainement secondaire.

II. — Lewin relate brièvement l'observation d'une femme non enceinte, qui a succombé à la même affection. Chez elle, la maladie débuta par le mont de Vénus, par des pustulettes serrées les unes contre les autres et se desséchant assez rapidement en formant des croûtes d'un brun sale. Autour de ces premières pustules, s'en développaient de nouvelles, sous forme de cercles concentriques; puis les cercles confluaient entre eux. Mort par septicémie.

Relativement au pronostic, Bruck rappelle que l'an dernier, du Mesnil a publié un cas d'impétigo herpétiforme survenu chez la même femme dans deux grossesses successives et terminé chaque fois favorablement. L'enfant du deuxième accouchement naquit avec la même affection et en guérit (*R. S. M.*, XXIV, 553, et XL, 232). J. B.

Contribution à l'étude du tissu élastique dans les néoplasies fibreuses de la peau, par SOFFIANTINI (*Arch. de méd. exp.*, *V*, 2).

Dans la sclérodermie, toutes les couches de la peau montrent un tissu élastique qui est d'une abondance extrême et masque l'élément fibreux. C'est dans le derme proprement dit que ce tissu est le plus développé; il forme des faisceaux épais et ondulés, et des bandes parallèles à la surface. La richesse élastique de la couche hypodermique elle-même semble indiquer qu'il n'y a pas simple mise en relief, mais hypertrophie vraie du tissu élastique.

Sur la peau éléphantiasique, on voit entre la couche épidermique et le derme une forte épaisseur de tissu conjonctif néoformé, traversé de vaisseaux embryonnaires. Au-dessous, la zone dermique présente de nombreux faisceaux élastiques dont quelques-uns, au contact de la couche précédente, portent des renflements pyriformes.

Dans les tumeurs du type molluscum, l'épiderme est normal ou pigmenté, le derme fibreux fibro-élastique, embryonnaire, angiomateux, adipeux. Dans tous les cas, le tissu élastique tient une place importante.

Les fibres élastiques disparaissent complètement et brusquement au niveau des chéloïdes, qui représentent des fibromes purs. GIRODE.

Gangrene... in course of sclerodermy..., par A. FOULERTON (*Lancet, p.* 1094, 12 *novembre* 1892).

Gangrène localisée de la jambe apparaissant au cours d'une sclérodermie chez un enfant de 22 mois. Amputation de la cuisse au tiers moyen au milieu de tissus sclérodermiés si durs et si rigides que la taille des lambeaux et leur relèvement furent des plus laborieux. Guérison. A.-F. PLICQUE.

Zur Histogenese der Molluscumkorperchen, par E. KROMAYER (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.*, *CXXXII*, 1).

Kromayer étudie le mode de formation des corpuscules du molluscum. Il montre comment le protoplasma des cellules épithéliales constitué par une masse fibrillaire présente des mailles plus larges, comment les fibrilles protoplasmatiques se fragmentent et disparaissent. Le noyau s'altère sur ces entrefaites et se confond avec la masse protoplasmatique dégénérée.

Pendant que ces altérations ont lieu dans l'intérieur du corps cellulaire, la partie périphérique de son protoplasma se condense en une sorte de membrane cellulaire, de façon à transformer la cellule en une vésicule bien délimitée.

Enfin, on voit le contenu de cette vésicule se décomposer en une série d'amas dont l'ensemble constitue le corpuscule du molluscum, que certains auteurs ont considéré comme un parasite du groupe des psorospermies. ÉD. RETTERER.

Note sur un cas de lupus érythémateux généralisé avec nécropsie et études histologiques, par PETRINI (*Broch. in*-8. *Paris*, 1892).

Lupus érythémateux généralisé (face, cou, muqueuse du voile du palais et des joues, régions scapulaire, deltoïdienne et axillaire, cuisses), ayant débuté depuis 4 ans ; éruption pemphigoïde intermittente, probablement due à l'influenza ; mort. A l'autopsie, pas de lésions tuberculeuses des viscères. A l'examen histologique, pas de bacilles de Koch ni de cellules géantes dans la peau ; le derme est le siège d'une infiltration de cellules embryonnaires avec atrophie de son tissu en certains points ; quelques cellules de la couche muqueuse de l'épiderme et la couche superficielle du derme renferment des granulations pigmentaires, que l'on doit considérer comme d'origine hématique en raison des infiltrations de globules sanguins que l'on constate en quelques points du derme ; par places, les artères sont le siège de thromboses leucocytiques : la pigmentation et les thromboses leucocytiques n'ont pas encore été signalées dans le lupus érythémateux.

Petrini insiste sur l'absence des caractères histologiques et bactériologiques de la tuberculose et oppose cette observation aux partisans de nature tuberculeuse du lupus érythémateux. GEORGES THIBIERGE.

Étude clinique et bactériologique sur la perlèche, par P. RAYMOND (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 18 *mai* 1893).

La perlèche est une affection assez rare qu'on observe surtout chez l'enfant. Cliniquement elle est caractérisée : 1° Par une altération épidermique, véritable macération épithéliale, blanchâtre, saillante et plissée, occupant les commissures des lèvres et s'étendant progressivement en surface et en profondeur ; 2° par une lésion fissuraire consécutive, sié-

geant au niveau du pli commissural, en général indolore, à moins qu'elle ne devienne saignante. Cette affection peut facilement en imposer pour de l'herpès ou, ce qui est plus important au point de vue médico-légal, pour des plaques muqueuses. Elle paraît être extrêmement contagieuse, d'où sa fréquence dans les écoles maternelles, et chez tous les enfants d'une même famille. Le staphylococcus cereus albus semble être le micro-organisme habituel des lésions de la perlèche. L'auteur cependant ne le croit point spécifique, et, semblable à l'impétigo, la perlèche peut être pour lui produite par divers microbes pyogènes (*Voyez R. S. M.*, XXVIII, 541). P. MERMET.

Ulcère de la bouche d'origine tabétique (mal perforant buccal), par HUDELO (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 18 *mai* 1893).

L'auteur présente à la Société un homme de 46 ans qui, dans l'espace d'une dizaine de mois, vit tomber toutes ses dents sans douleur, sans accidents bien marqués. Actuellement il ne persiste que quelques molaires inférieures, et le bord alvéolaire du maxillaire est irrégulier, déchiqueté, recouvert à droite d'une ulcération à fond bourgeonnant, fongueux, donnant issue à de la matière hémato-puriforme fétide, et par laquelle s'éliminent de temps à autre des séquestres osseux. Sur le maxillaire supérieur droit existe une autre ulcération longue de 5 centimètres, à contour elliptique, intéressant la muqueuse sans entamer l'os, présentant un fonds fongueux, grisâtre, peu déprimé, donnant issue à une sécrétion puriforme, absolument indolente et siège d'une anesthésie absolue à la piqûre. Par élimination on porta le diagnostic de lésions trophiques et les antécédents syphilitiques du malade firent penser au tabes, ce que la recherche des signes pathognomoniques de l'ataxie vérifia. P. MERMET.

De la langue noire, par MASOIN (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *n°* 4, *p.* 387, 1893).

L'hypertrophie épithéliale piliforme, qui donne à la langue une coloration d'abord jaune, puis brune et enfin noire, n'est pas due à la présence d'un microcoque, mais elle résulte d'un trouble trophique de nature indéterminée, indépendant de l'âge du sujet, de son état général et de la réaction du liquide buccal. Cette affection doit être rattachée plutôt au groupe des affections néoplasiques bénignes, et du papillome en particulier, qu'au groupe des affections parasitaires. LEFLAIVE.

Nævi und Nævicarcinome, par P. UNNA (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 1, *p.* 14, 2 *janvier* 1893).

Les tumeurs malignes de la peau qui se développent sur des nævi pigmentés sont généralement regardées comme des sarcomes. Or, tous les cas, au nombre de 6, qu'Unna a eu l'occasion d'examiner (un, entre autres, de Tennant, publié sous le titre de sarcome pigmenté généralisé, dans *Glasgow medic. Journal*, août 1885) étaient en réalité des cancers alvéolaires pigmentés, forme de tumeur maligne relativement rare.

Ces nævicarcinomes, comme Unna les dénomme, prennent naissance aux dépens de cellules spéciales des nævi.

Ces cellules spéciales, qui ne tardent pas à être englobées dans le tissu

cellulaire, se sont détachées de l'épithélium tégumentaire, soit dans la période embryonnaire, soit dans les premières années de la vie.

Ce travail de détachement, de séparation, s'effectue très lentement et s'accompagne d'un ensemble de modifications des cellules qui deviennent plus rondes, moins aptes à prendre les couleurs, tandis que leur protoplasma s'éclaircit et que toute trace de piquants disparaît de leur périphérie.

Unna conclut qu'il y a lieu de reprendre l'étude des sarcomes mélaniques, car on a souvent donné ce nom à des cancers mélaniques. Sans nier l'existence des mélano-sarcomes cutanés, il n'a jamais trouvé jusqu'ici que des sarcomes pigmentaires hémorragiques ou des cancers mélaniques (*R. S. M.*, II, 113 ; XXXIX, 617.) J. B.

Verrues planes juvéniles, par FEULARD (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 20 *juillet* 1893).

Observation rare de verrues planes développées chez une fillette de 7 ans 1/2; sur les joues, papules disséminées et symétriquement disposées, du volume d'un grain de mil à celui d'une lentille, de relief à peine appréciable, de couleur café au lait, rappelant des gouttes de cire vierge figées sur la peau ou la disposition de certains éléments du xanthélasma; en même temps, sur le dos des mains, verrues planes plus saillantes. Le début de l'affection remonte à deux ans. Des savonnages salicylés et des lotions antiseptiques, joints à l'administration interne de la magnésie, eurent promptement raison de la dermatose. P. MERMET.

Sur l'histopathologie et la pathogénèse de l'ichtyose, par TOMMASOLI (*Ann. de derm. et de syph.*, *n*os 5 *et* 6, *p.* 537 *et* 709, 1893).

L'ichtyose doit être considérée, d'après l'auteur, comme une affection propre du parenchyme épithélial et du stroma papillaire. L'affection est souvent héréditaire, quelquefois simplement congénitale, rarement acquise ; elle est habituellement légère et torpide ; elle est symétriquement diffuse et prédomine en général dans les régions où la peau est la plus aride, la moins souple et la moins délicate. Elle a un cours chronique et bien souvent interminable avec des améliorations possibles en été et même spontanées. Elle est apparemment compatible avec la bonne santé, mais elle est réellement toujours accompagnée d'altérations plus ou moins profondes de la nutrition soit héréditaires, soit congénitales, soit acquises. Elle commence par un processus phlogistique, paratypique, insidieux et lent du stroma papillaire, d'où il résulte une augmentation des couches cornées par suite de l'hypertrophie active du parenchyme épidermique ; elle se termine par une sclérose superficielle du stroma jointe à l'angiectasie endo-papillaire, d'où, à cause de la dystrophie consécutive du parenchyme sus-jacent, il résulte une augmentation et une desquamation des couches cornées. Intimement connexe avec un vice plus ou moins grave de la sécrétion sudorale, l'ichtyose a son origine probable dans une auto-intoxication encore à déterminer. P. MERMET.

Die Histologie der acutenstehenden hyperämischen... (L'histologie des taches hypérémiées (érythémateuses), qui apparaissent dans la lèpre tubéreuse), par X... (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXXII*, 2).

Les taches hyperémiées qui se forment pendant l'évolution de la *lèpre tubéreuse* montrent de nombreux bacilles accumulés dans la lumière des capillaires. Les bacilles sont placés contre la paroi endothéliale des capillaires des papilles cutanées. Les cellules endothéliales sont le siège de nombreuses figures karyokinétiques. Les globules blancs ne semblent pas contenir de bacilles. Les capillaires lymphatiques, quoique dilatés, sont libres de bacilles. Autour des capillaires sanguins, on trouve des cellules conjonctives fixes qui sont en train de se multiplier abondamment. Dans chaque tache on rencontre des cellules pourvues de deux, trois, quatre noyaux et davantage.

La pathogénie des taches hyperémiées serait donc la suivante : les bacilles parvenus dans les capillaires cutanés sont le point de départ d'embolies capillaires. Ils provoquent l'irritation des cellules endothéliales et conjonctives, qui se multiplient d'abord et subissent ensuite la dégénération graisseuse.

Tandis que le bacille ne semble exercer aucune influence délétère sur la cellule endothéliale, il modifie profondément la cellule conjonctive. Celle-ci subit des troubles protoplasmatiques aboutissant à la dégénération graisseuse. A la place du protoplasma normal, on rencontre plus tard des espaces vides ou vacuoles. ÉD. RETTERER.

La lèpre dans le midi de la France en 1893, par ZAMBACO-PACHA (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 18 *mai* 1893).

La lèpre existe encore disséminée dans toute la France. Comme il l'a déjà fait pour la Bretagne, l'auteur essaie de démontrer pour le midi de la France la présence de lépreux dans les diverses localités. C'est ainsi qu'il les a rencontrés dans le bassin de la Garonne : Bordeaux, Toulouse, Bagnères-de-Bigorre, Argelès, Pau, etc.; dans le bassin du Rhône : Lyon, Montpellier, Marseille ; sur le littoral ligurien : Nice, Menton, Roquebrune, Monte-Carlo. Les cagots des Pyrénées sont bien des lépreux; l'auteur a pu constater chez eux que les lésions unguéales héréditaires consistant en un décollement et un épaississement de l'ongle, que les placards anesthésiques, que les panaris mutilants dont ils sont porteurs sont identiques à ceux de la vraie lèpre. Les éruptions pellagroïdes observées dans les Landes doivent être aussi rattachées à la lèpre et bon nombre de cas de maladie de Maurice Raynaud semblent évoluer à une certaine période vers la léprose. P. MERMET.

Sclérodermie avec sclérodactylie, par ZAMBACO et BÉRILLON (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 8 *juin* 1893).

Les auteurs présentent les photographies d'une malade sclérodermique se rapprochant beaucoup de certains lépreux à forme mutilante et la considèrent comme faisant la transition de la sclérodermie à la lèpre. Cette malade en effet a vu apparaître il y a une quinzaine d'années des troubles d'asphyxie et de syncope locale des extrémités. Plus tard se montrèrent des ulcérations digitales à la suite desquelles les doigts disparurent par résorption. Actuel-

lement les doigts et les orteils sont en partie réduits à l'état de moignons ; on note des maux perforants plantaires, des lésions psoriasiformes des genoux et des coudes, une induration partielle de la peau du masque facial; il existe dans diverses régions de l'analgésie et de la thermo-anesthésie. P. MERMET.

Traitement de la lèpre par l'europhène, par GOLDSCHMIDT (*Therap. Monatsh., avril* 1893).

Goldschmit a employé sur un lépreux des onctions d'europhène émulsionnée à 5 pour 100 dans l'huile, trois fois par jour : chez quelques-uns il l'a employée en injections hypodermiques. Le traitement dure douze à quinze mois. Les résultats ont été satifaisants. Les paupières ont cessé d'être gonflées, les tubercules lépreux ont disparu sans laisser de traces ni de cicatrices, et on n'a plus retrouvé les bacilles qui avaient été constatés primitivement. Chez trois autres malades, résultat également satisfaisant, mais moins complet. TISSIER.

Contribution à l'étude du chimisme gastrique chez les pellagreux, par Cés. AGOSTINI (*Rivista sperimentale di Freniatria, XIX, p.* 67).

On constate chez les pellagreux un degré notable d'hypopepsie et d'hypochlorhydrie, un état catarrhal de la muqueuse de l'estomac, un affaiblissement de son pouvoir moteur et de son innervation.

Le suc gastrique de ces malades a une réaction faiblement acide au tournesol, il réagit rarement au papier du Congo et au liquide de Günzburg.

L'acidité totale varie de 0,10 à 2,20, moyenne 0,82 0/00. L'acide chlorhydrique oscille de 0 à 0,71, moyenne 0,16 0/00. On l'a vu manquer dans la moitié des observations et toujours dans les cas de diarrhée et de cachexie pellagreuse. La quantité de chlore organique varie de 0,26 à 1,70, moyenne 58 0/00. La quantité des chlorures fixes varie de 0,44 à 2,17, moyenne 1,47 0/00. Le chlore total oscille de 1,50 à 3, moyenne 2,36 0/00. La valeur du quotient a varié de 0,50 à 3,56, moyenne 1,60.

D'après ces résultats l'auteur considère que chez les pellagreux une alimentation riche en albuminoïdes est contre-indiquée. Le lavage de l'estomac avec l'eau salée, l'administration après les repas d'acide chlorhydrique contribueront à améliorer les fonctions digestives chez ces malades. PIERRE MARIE.

La pellagra, par C. LOMBROSO (*Vol.* 400 *pages. Turin,* 1892, *et Archives italiennes de biologie, XIX, p.* 319, 1893).

La première partie contient les données sur l'étiologie de la maladie, (que l'auteur attribue pour sa part à l'usage du maïs gâté). La teinture et les extraits alcooliques contiennent une substance toxique spéciale. La seconde partie est consacrée à la complète description des symptômes pathologiques. La troisième traite de l'anatomie pathologique : atrophie, dégénérescence graisseuse et dégénérescence pigmentaire des divers organes, cœur, rein, rate, foie, intestins, poumons. La prophylaxie occupe la partie suivante de l'ouvrage; l'unique procédé, c'est l'exsiccation du maïs. Le traitement consiste dans la bonne alimentation, avec de petites quantités d'arsenic et de sel. DASTRE.

Les teignes, par BUTTE (*Un vol. Paris*, 1893).

Utile ouvrage dans lequel l'auteur a condensé très clairement les données que nous possédons actuellement sur les teignes faveuses et tondantes et sur la pelade. La morphologie et la culture des dermatophytes sont étudiées avec soin; mais l'auteur insiste surtout sur le côté pratique de son travail, le traitement et les notions de prophylaxie qui commandent la lecture de son livre à toutes les personnes qui s'occupent de l'hygiène des enfants. F. BALZER.

Variété singulière d'alopécie congénitale; alopécie suturale, par AUBRY (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 20 *juillet* 1893).

L'auteur présente les photographies d'un jeune garçon de 19 ans, atteint de diverses malformations, entre autres une alopécie en plaques siégeant au niveau des sutures crâniennes. A ce niveau la peau est mince, blanche, tendue, fixée sur les os, comme scléreuse; elle est couverte de quelques fins cheveux décolorés. Le reste du cuir chevelu est couvert de cheveux noirs, gros, solides. Il a été impossible à l'auteur d'examiner au microscope les bulbes pileux. Quoi qu'il en soit, on peut admettre la pathogénie suivante de cette alopécie : hydrocéphalie congénitale actuellement guérie, élargissement de la peau au niveau des sutures, sclérose cutanée et atrophie des bulbes pileux consécutive. P. MERMET.

Etude des tricophytes à dermite profonde, spécialement de la folliculite agminée de l'homme et de son origine animale, par N. SABOURAUD (*Annales de l'Institut Pasteur*, *p.* 497, *n°* 6, 25 *juin* 1893).

La teigne tondante spéciale de l'enfant, connue sous le nom de kerion celsi; la teigne pilaire de la barbe, connue sous le nom de sycosis circiné tricophytique; enfin l'entité morbide, considérée comme différente et comme spéciale sous le nom de périfolliculite agminée, sont une même maladie dont la localisation seule est différente.

Cette maladie est d'origine mycosique; elle est due à un tricophyton spécial qui, parmi toutes les formes de la tricophytie humaine, ne peut causer que celle-là; ordinairement cette maladie, chez l'homme, résulte d'une contagion animale et, ordinairement aussi, c'est du cheval que l'homme la contracte.

Chez le cheval, la lésion causée par le parasite ressemble de très près à la lésion humaine; c'est également une folliculite circinée. L'identité constante de la lésion causée chez l'homme par ce parasite spécial et l'impossibilité de retrouver cette même espèce dans les tricophyties de caractères différents; appuient cette idée que chaque espèce de tricophyton produit une lésion tricophytique spéciale. L'hypothèse d'une existence saprophyte des tricophytes, qui semble plausible pour toutes les espèces, est extrêmement probable pour celle-ci en particulier, puisqu'on peut la cultiver sur toutes sortes de matières organiques et jusque dans un milieu exclusivement minéral. PAUL TISSIER.

Note sur l'hypothèse d'une existence saprophytique des tricophytons, par SABOURAUD (*Ann. de derm. et de syph.*, *n°* 5, *p.* 561, 1893).

Les tricophytons paraissent avoir en dehors de leur vie parasitaire,

la seule connue jusqu'ici, une vie indépendante, spontanée, saprophytique, celle, en un mot que nous connaissons aux aspergillées et aux penicillées par exemple. Pour appuyer son hypothèse, l'auteur invoque plusieurs arguments : le premier est tiré de l'examen botanique comparatif de la plante dans le cheveu où la culture végète, et dans les milieux artificiels où elle atteint son complet développement. Dans la nature des milieux de culture semblables existent abondamment ; il doit en être de même du tricophyton. Le second s'appuie sur l'examen de faits analogues, mais empruntés à d'autres parasites. Chez les champignons pathogènes, à l'inverse des bactéries pathogènes, l'existence saprophyte est la règle ; tel est le cas de l'aspergillus fumigatus de la tuberculose aspergillaire, du botrytis bassiana de la muscardine des vers à soie, de l'actinomyces bollingerii de l'actinomycose, etc. Il est donc logique de penser que cette vie saprophytique est possible pour les tricophytons. Le dernier argument est expérimental. L'auteur a pu cultiver des tricophytons sur des milieux naturels quelconques, humus végétal, terreau de serre, bois pourri, graines, comme de véritables saprophytes banals.

P. MERMET.

Contribution à l'étude de la tricophytie humaine (Les tricophytons animaux sur l'homme : tricophyties pilaires de la barbe), par SABOURAUD (*Ann. de derm. et de syph.*, *p.* 814, *juillet* 1893).

Dans ce nouveau mémoire, l'auteur essaie de démontrer les trois propositions suivantes : 1° nombre de tricophyties ont une origine animale ; les cultures animales (chat, cheval, chien, oiseau), ont fourni tantôt des types de tricophytons inconnus, tantôt et plus souvent des cultures identiques à celles de l'homme ; 2° les mégalotricophytons d'origine humaine ont pour caractéristique d'envahir non-seulement le cheveu ou le poil, mais les éléments épidermiques de son follicule ; les mégalotricophytons d'origine animale envahissent constamment, au contraire, les divers éléments du follicule pileux. C'est là une différenciation histologique importante des tricophytons à grosses spores ; 3° La proportionnalité des tricophyties animales rencontrées chez l'homme est considérable : 3 0/0 des teignes tondantes de l'enfance, 30 0/0 des tricophyties cutanées, 100 0/0 des tricophyties pilaires de la barbe. A ce propos, l'auteur distingue dans ces tricophyties pilaires trois formes cliniques correspondant chacune à un tricophyton spécial : *a*), la tricophytie à dermite profonde, sycosique, dûe au tricophyton du cheval (culture blanche), *b*), la tricophytie à dermite légère, humide, disséminée due au tricophyton du bœuf (culture jaune), *c*), la tricophytie sèche, à forme d'ichtyose pilaire due à une espèce aviaire (culture rose). P. MERMET.

De l'action des essences sur le développement des champignons dans les cultures, par BUSQUET (*C. R. de la Soc. de biol.*, 29 *avril* 1893).

Parmi les essences, celles de cannelle de Chine et de Wintergreen semblent arrêter complètement le développement de l'Achorion Schœnlenii dans les cultures sur gélatine; celle de Bergamotte paraît agir de même façon sur le Trichophyton tonsurans. Ce serait là un signe différentiel pour les deux espèces. Les essences modifient l'aspect macrosco-

pique et microscopique des champignons du favus et de la teigne tondante et leur donnent un facies particulier. DASTRE.

Sur le traitement de la pelade par l'essence de Wintergreen, par HALLOPEAU (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 18 *mai* 1893).

L'essence de Wintergreen a dans le traitement de la pelade une efficacité bien supérieure à la teinture de canelle ; l'auteur l'emploie concurremment sous forme de mélange à parties égales avec l'éther et sous forme de pommade à la vaseline renfermant un cinquième d'essence, en frictions assez énergiques une ou deux fois par jour sur les plaques peladiques. Ces bons résultats obtenus avec l'essence de Wintergreen nous démontrent clairement que l'on peut agir par les parasiticides seuls sur le contage peladique sans qu'il soit nécessaire que ces agents possèdent un pouvoir vésicant. P. MERMET.

Hydrargyrie d'origine externe. Dermatite eczémateuse exfoliatrice mercurielle, par GASTOU (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 8 *juin* 1893).

L'auteur rapporte l'observation d'une femme qui à la suite d'applications de sublimé à 1/2.000, vit apparaître au bout de trois jours l'éruption suivante. Presque toute l'étendue du corps présente une couleur rouge intense, et cet érythème se dispose en nappes ou placards et en ilôts généralement symétriquement placés par rapport aux plaques centrales. Groupées sur les plaques d'érythème on aperçoit de petites papules vésiculeuses, qui ne s'ouvrent pas mais restent sèches et donnent naissance à une desquamation furfuracée. Il n'existait pas d'autres signes d'intoxication mercurielle. Cette observation est intéressante à plusieurs titres : elle montre une intoxication hydrargyrique rapide, générale, par une dose faible de toxique et une porte d'entrée peu étendue, ne se manifestant uniquement que par une dermatite eczémateuse exfoliatrice bénigne chez un sujet jeune, non arthritique, mais offrant un système vaso-moteur cutané très sensible et facilement excitable.

P. MERMET.

Traitement des éphélides par la méthode dite d'écorchement, par Van HOORN (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 18 *mai* 1893).

La méthode dite d'écorchement est employée avec succès par l'auteur contre les éphélides confluentes, masques de la grossesse, acnés rosacées rebelles, cicatrices ou autres lésions qui dégradent et déforment le visage. Elle consiste à frictionner d'abord plusieurs fois par jour toute l'étendue de peau que l'on veut faire sauter avec une pommade composée de : résorcine, 40 grammes ; oxyde de zinc, 10 grammes ; silice 2 grammes ; axonge, 20 grammes ; huile d'olive, 8 grammes. Au bout de 3 à 4 jours, la peau se parchemine et se gerce ; on fait alors un pansement avec le mélange suivant : grénétine blanche, 4 grammes, oxyde de zinc, 3 grammes ; glycérine pure, 5 grammes, et eau distillée, 8 grammes. Cette colle doit être employée chaude et recouverte ensuite d'une petite quantité d'ouate. En peu de jours l'ancienne couche d'épiderme se détache de la nouvelle et peut être facilement enlevée avec le pansement.

P. MERMET.

Épilatoire non irritant, par UNNA (*Pharm. Zeitung, n° 48, et Berlin. klin. Wochens., p.* 1235, 28 *novembre* 1892).

Mélange à parties égales de sulfate de baryte, d'oxyde de zinc et de fécule d'amidon. On additionne cette poudre d'eau, de façon à former une pâte qu'on applique sur la partie à épiler. Lorsque cette pâte est devenue sèche, on l'enlève et les poils sont tombés.

Elle ne cause ni irritation de la peau, ni douleurs, à la seule condition de ne pas l'appliquer deux fois coup sur coup aux mêmes endroits. J. B.

Contribution à l'anatomie pathologique de la syphilis cérébrale (deux cas de méningo-encéphalite gommeuse), par A. OBERMEIER (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, III, p.* 137).

Dans le premier cas le tableau clinique fut celui de l'épilepsie avec troubles psychiques. Le second cas présenta assez bien l'aspect typique de la syphilis cérébrale avec phénomènes de lésions en foyer permettant une localisation.

L'auteur pense que l'on peut distinguer, dans le processus de la syphilis cérébrale d'origine vasculaire, les stades suivants :

1er *stade.* — Début de l'altération vasculaire par infiltration et prolifération dans les tuniques adventice et moyenne ; péri et mésartérite granuleuse.

2e *stade.* — Hyperplasie des cellules endothéliales, production de tissu cellulo-fibreux dans la tunique interne ; endartérite proliférante secondaire.

3e *stade.* — Extension de l'infiltration des tuniques externes vers la tunique interne, prolifération capillaire dans la néoplasie de la tunique interne, à point de départ dans les *vasa vasorum*, infiltration de ceux-ci.

Ces altérations aboutissent à : résorption de l'infiltration à petites cellules, processus de rétraction dans la tunique externe, dégénération fibroïde dans la tunique moyenne, formation d'une seconde membrane élastique, formation d'un artériome de Heubner ; rétrécissement plus ou moins accentué de la lumière du vaisseau par la prolifération conjonctive de la tunique interne, formation de deux ou plusieurs lumières dans le vaisseau, ou bien oblitération totale. PIERRE MARIE.

Syphilose disséminée de l'axe cérébro-spinal, par MENDEL (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 18 *mai* 1893).

Jeune femme de 22 ans, avec tares héréditaire et personnelle nerveuses, contractant la syphilis en avril 1889 et actuellement présentant les troubles nerveux suivants : troubles moteurs, paralysies des 6 et 3e paires à gauche, gêne de la marche rappelant un peu celle de l'ataxie, tremblement à l'occasion des mouvements volontaires, exagération des réflexes patellaires et trépidation épileptoïde ; troubles sensitifs, douleurs disséminées, céphalée, sensibilité émoussée du côté gauche ; troubles psychiques, abolition de mémoire pour les faits récents, vertiges ; troubles sécrétoires, polyurie considérable s'accompagnant de polydipsie. En outre on note des symptômes généraux graves : amaigrissement, perte de l'appétit, vomissements, etc. Il s'agit dans ce cas d'une méningo-myélite syphilitique à foyers disséminés, à évolution rapide puisque le début des accidents nerveux remonte au mois

de janvier dernier et à pronostic très sombre puisqu'actuellement les symptômes semblent s'aggraver et se précipiter. P. MERMET.

Le réflexe tendineux du genou dans l'éruption primitive de la syphilis, par ZAROUBINE (*Ann. de derm. et de syph.*, *p.* 840, *juillet* 1893).

L'auteur dans ce travail arrive aux mêmes conclusions que celles formulées déjà par Jarisch et Finger. A l'aide d'un dispositif spécial inventé par Alélékoff et du réflexomètre de Danillo, il a pu étudier les modifications du réflexe rotulien pendant la période secondaire de la syphilis. Les résultats finaux de ces recherches se résument à ce qui suit: 1° dans tous les cas il a été possible de constater l'élévation, quelquefois très considérable de l'excitabilité réflexe des tendons, par conséquent, le renforcement du phénomène du genou au début de l'éruption primitive; 2° l'élévation du début était immédiatement suivie d'une chute progressive de l'excitabilité réflexe, laquelle tombait souvent au-dessous de la normale, rarement à zéro; 3° puis derechef l'excitabilité réflexe remontait assez rapidement à la hauteur normale. Ces modifications dans le cours de cette excitabilité ont été constants quel qu'ait été le traitement employé; elles doivent être rapportées à des lésions vasculaires (hyperémies en foyer) du centre correspondant médullaire. P. MERMET.

I. — Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des Rueckennmarks und der Bruecke, par Herm. H. HOPPE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 10, *p.* 233, 6 *mars* 1893).

II. — Ein unter dem klinischen Bilde der Tabes verlaufender Fall von syphilitischer (?) Rueckenmarkserkrankung (Affection syphilitique de la moelle simulant une ataxie locomotrice), par C. A. EWALD (*Ibidem*, *n°* 12, *p.* 284, 20 *mars* 1893).

I.— 1° *Syphilis médullaire.* Homme ayant eu un chancre en 1884; en 1890, hémiplégie gauche qui rétrocéda graduellement; quelques mois plus tard, nouvelle attaque de paralysie suivie également d'amélioration. En mars 1892, douleurs dans les membres supérieurs avec engourdissement et faiblesse, suivis en peu de jours d'une paralysie des quatre membres et des sphincters avec anesthésie; intégrité absolue des nerfs crâniens. Escarre sacrée, pleuro-pneumonie droite et mort en juin.

Autopsie. Dégénération des cordons de Goll, d'une partie des cordons de Burdach, dégénération des cordons latéraux cérébelleux et des colonnes de Clarke, et foyer de ramollissement aigu s'étendant du milieu du renflement cervical à l'origine de la 6e paire de nerfs dorsaux.

Les lésions dégénératives ne sont pas secondaires au ramollissement, car elles existent aussi bien au-dessus qu'au-dessous de lui.

Dans toute la hauteur de la moelle, les artères et les veines offrent des lésions inflammatoires et les méninges sont épaissies.

2° *Paralysie bulbaire aiguë par gomme de l'artère basilaire.* Homme ayant contracté la syphilis il y a une dizaine d'années; après la disparition des accidents secondaires, bonne santé jusqu'il y a quelques mois où ont débuté des douleurs occipitales. Le 7 août, attaque apoplectique avec hémiplégie gauche, paralysie des moteurs oculaires externes, du facial gauche, parésie des hypoglosses, trouble considérable de l'articulation des mots. L'hémiplégie des membres s'accompagne de contracture et d'exagération des réflexes tendineux. Le troisième jour, la perte de la parole est totale, la

dysphagie absolue, la paralysie est complète pour les faciaux et les hypoglosses ainsi que pour les quatre membres, mais plus marquée à gauche. Aphonie, dyspnée et accélération du pouls. Mort le quatrième jour.

Autopsie : Au niveau de la protubérance annulaire, destruction des faisceaux pyramidaux, surtout du côté droit. Gomme de l'artère basilaire. Légère méningite. Intégrité des noyaux nerveux, à l'exception d'un petit foyer de ramollissement dans celui du trijumeau.

II. — Boucher, âgé de 42 ans, niant tout antécédent syphilitique. Depuis 1878, accès de douleurs, limités d'abord au genou gauche, puis envahissant les autres jointures. Le gonflement qui accompagnait les douleurs a persisté au genou gauche. Actuellement, cet homme présente tous les signes caractéristiques d'une ataxie locomotrice, avec deux symptômes un peu insolites : un trouble très marqué du sens de la température et une suppuration du genou gauche. Mort par septicémie à la suite de l'incision du genou.

Autopsie de la cavité rachidienne : épanchement sanguin sous-arachnoïdien dans toute la hauteur de la moelle, plus abondant du côté gauche. Méningite gommeuse avec épaississement des cloisons conjonctives, surtout au niveau des cordons postérieurs. Endartérite et phlébite oblitérantes. Myélite interstitielle chronique diffuse, plus marquée au niveau des cordons postérieurs, dont une partie des fibres nerveuses sont détruites. Pas trace de dégénération grise de ces cordons postérieurs. J. B.

De la méningo-myélite syphilitique, par LAMY (*Thèse de Paris*, 1893).

Dans une première variété la lepto-méningo-myélite existe seule ; dans une seconde la dure-mère prend part au processus. La pachyméningite, indépendante de toute lésion du canal rachidien, se rencontre plus fréquemment à la région cervicale, particularité mal expliquée. La méningite spinale s'accompagne souvent de méningite encéphalique, à la base, à la région interpédonculaire et au chiasma. Les lésions méningées sont moins importantes que les lésions vasculaires : on pourrait presque décrire à part l'artérite syphilitique de la moelle, comme on le fait pour le cerveau. Pourtant en ce qui concerne la moelle il y a presque toujours en même temps artérite et méningite. Au début, les lésions vasculaires peuvent commencer par les veines, ce qui montre bien que les lésions médullaires ne peuvent être assimilées au ramollissement par thrombose. Non seulement les lésions débutent par les veines, mais dans la suite elles restent plus intenses du côté du système veineux : elles commencent par la tunique adventice des vaisseaux par les vasa vasorum. Dans les cas de méningo-myélite diffuse, certaines lésions peuvent permettre de conclure à leur nature syphilitique, granulations embryonnaires avec cellules géantes, foyers gommeux microscopiques émanant des méninges, ou dans les parois vasculaires elles-mêmes. Cliniquement les formes les mieux caractérisées présentent deux périodes. La période prodromique est marquée par des troubles de sensibilité en relation avec la méningite spinale : la rachialgie a une grande importance égale à celle de la céphalée pour la syphilis cérébrale (Charcot). Du reste certains accidents cérébraux, céphalée, paralysies oculaires, sont communs à cette période. La deuxième période, celle des lésions médullaires est caractérisée par les paralysies spinales. Le plus souvent ce sont des myélites transverses avec paraplégies spasmodiques généralement incomplètes, troubles dans le fonctionnement de la vessie et du rectum.

La nature syphilitique de ces paralysies pourra être soupçonnée, moins à cause de leurs caractères, que par les symptômes de la période prodromique et la coexistence de phénomènes cérébraux dans le passé ou dans le présent. Dans quelques cas rares, l'évolution des paralysies syphilitiques est rapide, les prodromes courts et mal accusés; elles ont les allures de la myélite centrale aiguë, avec une durée de quelques jours à un mois. L'existence plusieurs fois constatée de lésions spécifiques dans les cas de ce genre démontre la nature de cette redoutable complication de la syphilis, malgré les doutes émis sur ce point par les auteurs. F. BALZER.

D'une amyotrophie spinale progressive chez des syphilitiques, par POUSSARD (*Thèse de Paris*, 1893).

Il existe une forme d'amyotrophie d'origine spinale, à marche progressive, ayant les allures du type Aran-Duchenne, mais en différant par les douleurs, la parésie précédant l'atrophie, la conservation de la sensibilité, l'apparition tardive des symptômes leucomyéliques latéraux, etc... Cette symptomatologie est expliquée par l'anatomie pathologique. Une autopsie a donné les résultats suivants : méningo-myélite vasculaire diffuse, avec maximum des lésions atteignant, sur une coupe horizontale, le segment antéro-externe de la moelle ; sur une coupe verticale, le renflement cervical. Les cellules ganglionnaires des cornes antérieures ont subi une altération considérable, cause de l'atrophie musculaire. Les tubes nerveux des racines antérieures ont résisté cependant en grande partie, mais un certain nombre de tubes nerveux ont disparu du fait d'un processus de névrite périphérique. Cette forme d'amyotrophie ne peut être confondue avec aucune autre des nombreuses formes d'amyotrophie liées à la syringomyélie, à la poliomyélite, à la paralysie générale spinale subaigue, à la polynévrite, à l'hystérie, etc... L'altération des vaisseaux a paru être primitive et commander les lésions des cornes antérieures et des cordons blancs antéro-latéraux. Les malades étaient nettement syphilitiques et pourtant l'altération vasculaire n'a aucun caractère de spécificité. Les toxines de la syphilis auraient engendré dans un système nerveux prédisposé par une tare héréditaire une artérite toxique, cause première du processus intra-médullaire. F. BALZER.

Sur quelques cas d'atrophie musculaire à marche progressive chez des syphilitiques. Relations éventuelles avec l'évolution de la maladie. Méningo-myélite vasculaire diffuse constatée à l'autopsie dans un cas, par F. RAYMOND (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 *février* 1893).

Il s'agit d'un homme de 41 ans, présentant à son entrée à l'hôpital une paralysie presque complète des cordes vocales, et une amyotrophie très accentuée portant sur les deux trapèzes, surtout le droit, les pectoraux, le dentelé, le grand dorsal à droite, les muscles de l'épaule droite, un peu les muscles du bras, les muscles de la région postérieure de l'avant-bras, et ceux de la main aux deux éminences; à gauche tous les muscles sont amaigris mais beaucoup moins. Rien à noter au ventre ni aux membres inférieurs; sur les muscles atrophiés on note des contractions fibrillaires, une diminution de la contractibilité électrique, soit faradique, soit galvanique, avec réaction de dégénérescence plus ou moins complète pour certains muscles de l'avant-bras et de la main droite. Sensibilité cutanée intacte.

Ce malade, fils de nerveux et de rhumatisant, avait eu la variole en 870, la syphilis en 1874, en 1883 des syphilides ulcéreuses, en 1885 des douleurs dites rhumatismales à l'épaule droite, des crampes dans la main et les doigts, et des crises de contractures; en février 1889 une diplopie durant deux mois de l'œil droit; depuis ce moment commencèrent les phénomènes de paralysie puis d'atrophie constatés en février 1890.

Malgré un traitement antisyphilitique et l'électrisation, les muscles continuèrent à s'atrophier perdant peu à peu leur contractibilité électrique, la respiration devint difficile à cause de la paralysie totale du larynx et de l'atrophie des muscles thoraciques, s'accompagnant de vives douleurs, soit au tronc, soit dans les membres.

Le malade succomba en avril 1891 à une broncho-pneumonie. A l'autopsie, on trouva en sus des lésions pulmonaires et pleurales (un litre de sérosité à droite) des lésions considérables; d'abord une atrophie des muscles, surtout de ceux qui dépendent de la moelle cervicale consistant en atrophie simple ou atrophie dégénérative avec adipose interstitielle; puis une méningo-myélite vasculaire diffuse, caractérisée : 1° par des altérations des artères sans caractère spécifique aussi bien dans la pie-mère que dans toute la moelle (simple infiltration des tuniques moyenne et externe par des cellules embryonnaires); 2° par des lésions des éléments nerveux et notamment des cellules ganglionnaires des cornes antérieures, qui sont diminuées de nombre et de volume, et des tubes nerveux des faisceaux blancs et des racines antérieures, qui sont raréfiées et atrophiées; d'autre part, les lésions des nerfs vont en croissant du centre à la périphérie, il y a donc névrite périphérique atrophique. H. L.

Syphilis pulmonaire, par FEULARD (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 18 *mai* 1893).

L'auteur relate l'observation d'un homme qui, brusquement ou tout au plus après quelques jours de malaise, fut pris d'un violent point de côté à droite et d'expectoration noirâtre; en même temps fièvre, état général grave. L'examen de la poitrine montrait un peu de submatité aux deux bases, surtout à droite, des râles fins et un souffle assez intense vers le tiers moyen du poumon droit. L'expectoration était purulente, d'odeur alliacée, l'haleine fétide, la température élevée, 38°,4, le pouls à 110 ; en somme, tout le tableau de la gangrène pulmonaire plutôt que celui de la tuberculose. Les antécédents syphilitiques du malade firent penser à la syphilis pulmonaire ; en conséquence, le traitement spécifique fut prescrit. L'affection évolua lentement, et malgré des accidents graves (crises d'étouffement, quintes de toux épouvantables, vomiques abondantes), le malade finit par guérir.

P. MERMET.

Des pleurésies syphilitiques, par ROCHON (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur admet l'existence de pleurésies consécutives à des lésions syphilitiques des organes en connexion avec la plèvre. De plus il existe une pleurésie syphilitique essentielle se développant dans les premiers mois de l'infection, soit à une époque plus tardive et le plus souvent en même temps que des manifestations éruptives de la syphilis. Ces pleurésies que l'on observe dans les cas mal traités ne cèdent qu'au traitement spécifique. F. BALZER.

Lymphangite subaiguë chez un syphilitique, par DU CASTEL (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 20 *juillet* 1893).

Chez un syphilitique présentant des plaques muqueuses scrotales, un

simple badigeonnage iodé sur les parties détermina un œdème considérable, éléphantiasique des bourses et du fourreau de la verge, accompagné de rougeur inflammatoire assez vive et de desquamation intense de la région. Au bout de quelques jours, malgré un traitement approprié, on vit survenir sans douleurs et sans fièvre, au niveau des régions fessière et crurales supérieures, une rougeur diffuse lymphangitique avec un léger empâtement des tissus. Il est probable que l'infection lymphatique a dû être provoquée par des applications de teinture d'iode sur des régions exposées à la malpropreté et souillées par le suintement des plaques muqueuses. Des recherches bactériologiques ultérieures permettront d'élucider l'origine des accidents. P. MERMET.

Leucomélanodermie syphilitique, par A. FOURNIER (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 8 *juin* 1893).

Il se fait parfois au siège et au pourtour des syphilides une série de troubles curieux de la pigmentation. Quelquefois l'hypochromie est prépondérante et frappe l'œil presque seule, on a alors ce qu'on appelle la leucodermie syphilitique. D'autres fois, inversement, la pigmentation est prédominante et attire surtout ou presque exclusivement l'attention; on a alors affaire à la mélanodermie syphilitique dont l'affection dite syphilide pigmentaire du cou n'est qu'une variété. Mais d'autres fois aussi il y a une association à peu près égale entre les deux troubles opposés de pigmentation, en sorte qu'il est impossible de subordonner l'un à l'autre et qu'on est également forcé de tenir compte de l'une et de l'autre. C'est à ce dernier ordre de cas que semble applicable la dénomination de leucomélanodermie syphilitique dont l'auteur rapporte deux exemples.

P. MERMET.

La syphilis du rein, par GRANDMAISON (*Gaz. des hôp.*, *n°* 75, 1893).

La néphrite épithéliale s'accompagne d'un certain degré d'infiltration embryonnaire et dans les néphrites interstitielles les cellules fonctionnelles du rein sont toujours malades ; les deux altérations sont toujours associées. La dégénérescence amyloïde est fréquente dans le rein des syphilitiques et liée, mais non d'une façon constante, à la cachexie. Cliniquement la syphilis rénale précoce n'a pas de signes qui puissent permettre d'en affirmer la nature ; ce qui est fréquent, c'est la précocité des troubles de la circulation et des manifestations de l'urémie. Parmi les signes de la syphilis rénale tardive l'auteur insiste sur certains cas de pyurie, observés par Israël, et dans lesquelles la palpation du rein a été suivie de mictions contenant du muco-pus, fait expliqué à l'autopsie par l'existence de gommes qui se vidaient dans le bassinet. La présence de lésions syphilitiques concomitantes du foie et de la rate est un signe d'une réelle valeur diagnostique. Dans le traitement la médication mercurielle doit être maniée avec prudence ; souvent il faut prescrire exclusivement l'iodure de potassium qui peut être absorbé sans inconvénient à des doses réellement actives. F. BALZER.

Syphilis rénale précoce, par DARIER et HUDELO (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 9 *mars et* 20 *juillet* 1893).

Les auteurs rapportent deux cas de mal de Bright syphilitique précoce, accompagnés d'examen microscopique. Dans le premier cas, il s'agissait

d'un homme de 34 ans, au quatrième ou cinquième mois de sa syphilis, en pleine période secondaire, qui présenta des accidents rénaux consistant en œdème généralisé, dyspnée extrême, céphalée, troubles digestifs, bruit de galop et albuminurie intense. Mort au bout de vingt jours.

A l'autopsie, ascite légère, hydrothorax, infarctus pulmonaires, hypertrophie cardiaque, foie muscade type, reins plutôt petits, un peu pâles, présentant des lésions de néphrite diffuse récente avec lésions parenchymateuses intenses et généralisées et lésions interstitielles à peine ébauchées. Le deuxième malade est un homme de 42 ans, qui, au septième mois de sa syphilis, présenta des accidents analogues au précédent. La marche seule différa et chez lui les accidents durèrent plus de six mois avec périodes d'amélioration. Finalement mort en asystolie. Mêmes lésions à l'autopsie, sauf du côté des reins. Ceux-ci, de volume normal, de poids bien inférieur à la normale, présentaient des lésions de néphrite diffuse subaiguë caractérisée par une sclérose avancée avec glomérulite et dégénérescence granulo-graisseuse très marquée.

Dans ces deux cas, les lésions rénales sont imputables à la syphilis; il n'y avait chez aucun des deux malades d'autres causes d'accidents de néphrite; néanmoins, malgré son étiologie, la néphrite spécifique ne peut pas anatomiquement être distinguée d'une autre néphrite.

P. MERMET.

Syphilome anal, par FOURNIER et MENDEL (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 20 *juillet* 1893).

Femme syphilitique ancienne, présentant depuis six mois les accidents et les lésions suivantes : l'examen de la région anale montre que toute la partie comprise entre la fourchette et la pointe du coccyx est occupée par une série de tumeurs rosées, mollasses, de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix, reliées entre elles par une base commune et dont les pédicules juxtaposés constituent un infundibulum cannelé représentant le trajet anal. La peau environnante est rouge lie de vin, infiltrée, épaissie, fissurée; elle présente plusieurs petites ulcérations, creuses, jaunâtres, sanieuses, ayant l'aspect d'ulcérations gommeuses. De toute la région s'écoule incessamment une sécrétion sanieuse et fétide; à deux reprises, hémorragies sérieuses; la station, la marche, la défécation sont fort pénibles. Il s'agit en un mot d'un cas type de syphilome exclusivement anal.

P. MERMET.

I. — Ueber Paraffinembolie der Lungen bei intramuskulaeren Quecksilber-Injectionen, par BLASCHKO (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 41, *p.* 1034, 10 *octobre* 1892).

II. — Discussion de la Société de médecine interne (*Ibidem*, *n°* 48, *p.* 1232, 28 *novembre*).

I. — Blaschko pratique chez les syphilitiques, deux fois par semaine, des injections de salicylate de mercure à 10 0/0 suspendu dans la paraffine. Sur 2,500 injections il n'a eu aucun abcès et rarement des indurations. Bien que ces injections soient relativement peu douloureuses, certains malades ne les tolèrent pas. Quelques-uns ont eu des accidents dysentériques, d'autres de l'érythème, enfin trois des embolies pulmonaires.

Le premier de ces derniers malades éprouva, dès la première injection, de l'anxiété et des quintes de toux qui s'apaisèrent rapidement; dans la nuit, il fut pris de points du côté droit et de gêne respiratoire ;

les douleurs étaient moindres le jour que la nuit. Le lendemain, légère cyanose de la face, immobilité respiratoire du côté droit de la poitrine, rétraction des espaces intercostaux, 25 à 30 respirations superficielles. Murmure vésiculaire manquant en avant, affaibli en arrière. Expectoration muqueuse, striée de sang. Le troisième jour, la motilité respiratoire reparut du côté droit, en même temps que s'y produisaient des râles crépitants. Rétablissement au bout d'une huitaine de jours, sans qu'il y ait eu de fièvre, ni de suspension du travail.

Deux autres malades eurent des accidents très analogues qui, chez l'un, s'accompagnèrent d'une faible élévation de la température.

Blaschko rattache à la même étiologie les accès de toux sans autres suites, qui se produisent quelquefois presque aussitôt après l'injection.

Ces phénomènes morbides tiennent à la pénétration de la paraffine liquide dans les poumons, à la suite de la piqûre d'une veine intra-musculaire. Comme la quantité de paraffine ne dépasse pas 1 gramme, elle ne peut donner lieu à des accidents redoutables (*R. S. M.*, XXXV, 88 et XXXIX, 218).

II. — G. Lewin a expérimenté toutes les préparations mercurielles recommandées pour injections antisyphilitiques. Sur près de deux millions d'injections, il n'a pas vu plus de 20 abcès dont aucun dans les dernières années. Suivant Berg, les récidives sont le plus rares après les injections de sublimé; elles s'élèvent à 17 0/0 par le traitement pilulaire, à 14 0/0 dans les frictions, et de 5 à 7 0/0 après les injections de sublimé. La récidive est d'autant moins grave qu'elle survient plus vite. Les injections de calomel ont donné de bons résultats à Lewin, sauf en ce qui touche les gommes. L'huile grise occasionne des douleurs durables, des abcès dans 10 0/0 des cas, assez fréquemment de la stomatite; elle cause aussi de la dysentérie, des embolies pulmonaires et même la mort. Avec le salicylate, les douleurs ont été moindres chez les femmes que chez les hommes; Lewin a également observé des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, une fièvre intense, Kussmaul des embolies cérébrales. L'avantage des injections sous-cutanées consiste dans leur exact dosage. Ce dosage n'est guère possible avec les sels insolubles injectés tous les 8 jours, la résorption ne se faisant pas régulièrement jour par jour.

Tout en reconnaissant qu'en théorie, l'absorption des préparations mercurielles insolubles doit être irrégulière, O. Rosenthal ajoute qu'en fait, elle s'opère convenablement, sauf pour l'huile grise, à laquelle il a renoncé. L'oxyde jaune rend de bons services. Les préparations les moins douloureuses sont le salicylate et le thymolacétate; mais le premier de ces sels donne lieu à de fréquentes récidives. J. B.

Étude sur le tannate de mercure, par AUDIGIER (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur donne une étude complète du tannate de mercure qu'il recommande surtout comme étant la préparation mercurielle la mieux tolérée à hautes doses par le tube digestif. La présence du tannin neutralise l'action irritante du mercure. Les doses sont de deux à quatre centigrammes pour les enfants, de cinq à dix centigrammes pour les femmes, de dix à quinze centigrammes pour les hommes; on peut, quand cela est

nécessaire, facilement augmenter ces doses. Le médicament est à la fois bien toléré par le tube digestif et d'une activité thérapeutique qui ne le cède en rien à celle des autres sels insolubles de mercure, ainsi que le prouvent les nombreuses observations recueillies par l'auteur à l'hôpital du Midi. F. BALZER.

Le savon au calomel dans le traitement de la syphilis, par DE WATRASZEWSKI (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 18 *mai* 1893).

Le savon au calomel, tout en possédant les avantages de l'onguent gris traditionnel et du savon gris plus moderne, a sur eux dans le traitement de la syphilis par frictions la supériorité d'être privé des inconvénients qui sont propres à ces préparations. L'application en est facile et exige peu de temps ; il est incolore et inodore dans son emploi, il ne salit ni le linge, ni la peau qu'il n'irrite point. On le prépare en mélangeant le calomel à la vapeur avec un savon de potasse dans la proportion soit de 1 : 2, soit de 1 : 3 ; la quantité nécessaire pour une friction quotidienne est de 2 à 3 grammes, contenant 0,50 centigrammes à 0,75 ou 1 gramme de calomel. Le manuel opératoire de la friction est à peu près celui des frictions mercurielles habituelles. P. MERMET.

A propos de la sérothérapie dans la syphilis, par MAZZA (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XVIII*, 2, 1893).

L'auteur rappelle les travaux de Pellizzari, Tommasoli et Kallman et a voulu étudier si la syphilis est atténuée après le passage des produits toxiques de l'homme aux animaux. Dans une première série d'expériences, l'auteur a injecté à des syphilitiques du sérum de sang de mouton et de chien. Dans une seconde série, il injecte à des animaux du sérum humain provenant de malades atteints de syphilis latente auxquels il a retiré par une série de saignées de 250 grammes à 460 grammes de sang. Le sérum sanguin de ces animaux sert ensuite à faire des injections aux malades atteints de chancres. Les expériences de la première série ont donné des résultats négatifs. Les expériences de la seconde série sont moins négatives, l'auteur croit qu'elles devraient être continuées en ayant le soin de suivre les malades pendant un temps assez long. Les injections n'ont donné aucune réaction ni locale, ni générale. F. BALZER.

I. — Sur le microbe du chancre mou, par KREFTING (*Ann de derm. et de syph.*, *p.* 836, *juillet* 1893).

II. — Recherches sur le chancre mou, par Charles NICOLLE (*Thèse de Paris*, 1893).

III. — L'europhène dans le traitement du chancre mou, par ESTAY (*Thèse de Paris*, 1893).

I. — Dans ce mémoire l'auteur confirme des recherches précédentes (*R. S. M.*, XXXIX, 630). L'examen microscopique avec coloration par le bleu de méthyle boraté et décoloration par l'huile d'aniline xylolée lui a toujours montré la présence du bacille de Ducrey : 1° dans la sécrétion des plaies chancreuses simples et des bubons virulents, 2° dans le

contenu des pustules d'inoculation du pus des plaies chancreuses et des bubons virulents (culture pure sur la peau), 3° dans les coupes histologiques tant des chancres simples excisés que des morceaux excisés des bords de la plaie d'un bubon virulent. De nouveaux essais de culture sur différentes bases alimentaires artificielles ont continué à donner un résultat négatif ; à cet égard le bacille du chancre mou partage le sort du bacille de la lèpre. P. MERMET.

II. — Etude très consciencieuse dans laquelle l'auteur donne avec ses recherches personnelles et d'une manière très complète l'état actuel de la science sur la question du chancre mou. Il décrit successivement les bactéries du pus, les coccus et la bactérie commune de la peau et le bacille de Ducrey qu'il considère comme étant le véritable agent pathogène du chancre mou. Le pus qui le contient doit être recueilli au contact immédiat de la surface ulcérée. La technique de l'examen est simple ; après avoir fixé le pus sur la lamelle on le colore avec la solution suivante : violet de gentiane, 1 gramme ; alcool absolu, 10 grammes ; eau anilinée, 100 grammes. On peut examiner dans l'eau ou dans le baume. Le bacille se décolore par la méthode de Gram. Ce qui le caractérise avant tout, c'est sa forme en navette, la manière dont il se colore à ses extrémités, le centre restant incolore, à moins d'un contact très prolongé avec la substance colorante. On le voit à l'état isolé, ou bien en chapelets, ou en amas. On peut le voir aussi dans les éléments du pus, leucocytes polynucléaires et macrophages qui jouent, comme on le sait, le rôle principal dans la phagocytose. L'auteur donne une description intéressante des éléments divers contenus dans le pus du chancre mou. En somme le bacille de Ducrey est bien l'agent spécifique du chancre mou, il est accompagné du staphylocoque blanc et de la bactérie commune de la peau. Dans le chapitre suivant, l'auteur étudie le chancre au point de vue anatomique, il recommande surtout pour la coloration des bacilles dans les coupes l'emploi de la formule suivante : bleu de toluidine, 0,50 centigrammes ; alcool absolu, 10 grammes ; ajoutez : eau, 100 grammes, acide phénique 1 gramme. Traitées dans cette solution pendant 2 ou 3 minutes, les coupes sont ensuite traitées par une solution de tannin à l'éther (un gramme pour dix grammes d'eau). Sur les coupes du chancre mou les bacilles de Ducrey sont très abondants et formés en chaînettes parallèles à la surface de l'ulcération. Des traînées perpendiculaires s'enfoncent dans la profondeur du tissu entre les cellules. Le plus souvent les bacilles sont extraleucocytaires. Il n'y a jamais de bacilles dans le corps muqueux. Les phénomènes de phagocytose précèdent la réparation du chancre ; les bacilles englobés dans les cellules sont détruits et les bourgeons charnus peuvent dès lors s'organiser. L'auteur conclut à l'identité du bacille de Ducrey et du bacille d'Unna. Les essais de culture qu'il a faits n'ont pas donné de résultats. Il en a été de même pour ses tentatives d'inoculation du chancre mou au animaux. F. BALZER.

III. — L'europhène est une poudre fine et jaune, d'une odeur qui rappelle le safran. Il se produit par la réaction de l'iode sur l'isobutylorthocrésol en présence d'un alcali. Ce corps possède les mêmes propriétés bactéricides que l'iodoforme qu'il peut suppléer dans le pansement des plaies. L'auteur l'a expérimenté dans le traitement du chancre mou et en a obtenu de bons résultats. Il lui reconnaît l'avantage d'être plus

caustique que l'iodoforme, d'être moins toxique et plus adhésif aux surfaces. Il a surtout l'avantage de n'avoir pas l'odeur désagréable de l'iodoforme. F. BALZER.

L'urétrite blennorragique au point de vue bactériologique, par CHARPENTIER (*Thèse de Paris*, 1893).

L'urétrite blennorragique n'est due que pendant peu de temps d'une manière exclusive au gonococus de Neisser ; c'est le plus souvent une infection mixte à laquelle prennent part les microorganismes de l'urètre normal. Le médecin légiste doit être réservé dans ses conclusions, car il est parfois difficile ou même impossible de différencier le gonocoque des microorganismes qui l'acompagnent. Certains pseudo-gonocoques peuvent être seuls dans un écoulement; celui-ci est alors de courte durée. Eraud a décrit sous le nom d'orchiocoque un staphylocoque qui provoque suivant lui l'épididymite au cours de la blennorragie.

F. BALZER.

Le rhumatisme blennorragique, par R. STANZIALE (*Gazz. d. Osp.*, 11 *février* 1893).

Dans un cas d'arthrite blennorragique, Stanziale n'a obtenu aucune culture de la sérosité intra-articulaire; l'épanchement était purement sérofibrineux, nullement purulent. Les inoculations de cette sérosité ont également échoué chez les animaux et chez l'homme (injections urétrales).

L'auteur en conclut que dans l'arthrite blennorragique les épanchements articulaires ne renferment pas de toxines spécifiques. H. R.

De l'arthrite blennorragique et de son traitement, par FILIPPI (*Thèse de Paris*, 1893).

L'arthrite blennorragique dépend du gonocoque qui va se fixer sur les séreuses articulaires. L'auteur se base surtout pour cette affirmation sur l'observation publiée par Rendu (*Soc. des Hôp.*, mars 1893). Il recommande pour le traitement l'immobilisation, la compression ouatée et surtout la compression par la bande élastique de caoutchouc. En cas d'épanchement, on peut pratiquer soit la ponction simple, soit la ponction suivie d'injection d'une solution de sublimé à 1/4000. On injecte dans la synoviale cinq ou six centimètres cubes de cette solution et on les y abandonne. F. BALZER.

Contribution à l'étude du traitement du bubon, par YVINEC (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur passe en revue les traitements divers du bubon, en insistant particulièrement sur les méthodes nouvelles. Il a expérimenté personnellement le traitement préconisé par Welander et qui consiste en injections faites dans le bubon avec la solution suivante : Benzoate Hg, 1 gr.; Chl. de sodium, q. s.; Eau dist., 100 gr. On injecte un centig. de benzoate de mercure à chaque fois. Il rapporte 12 observations de malades traités suivant la méthode de Welander. La guérison complète a été obtenue chez deux malades, en sept jours et en neuf jours. Dans

tous les autres cas, il a fallu recourir à la ponction au bistouri. Mais il reconnaît que même dans ces cas la méthode n'a pas été défavorable ; elle ne compromet pas et ne retarde pas la guérison, quand elle échoue. On peut donc toujours essayer de son emploi, car elle n'est ni douloureuse, ni préjudiciable au malade et elle peut réussir dans un certain nombre de cas, même quand la fluctuation est avancée. F. BALZER.

Traitement de la blennorragie par les lavages au siphon, par DELAROCHE (*Thèse de Paris*, 1893).

L'auteur expose dans cet intéressant travail les résultats obtenus dans le service de Balzer à l'aide des lavages et s'appuie en même temps sur des recherches personnelles. Il admet que les lavages peuvent être employés à toutes les périodes de la blennorragie; dans la phase aiguë ils font rapidement disparaître la douleur et les phénomènes inflammatoires. Ils détruisent les gonocoques dans tous les points de l'urétre qu'ils occupent. Les résultats obtenus sur près de 200 malades traités par les lavages de l'urètre sans sonde, montrent que les blennorragies ainsi soignées échappent aux complications. Au contraire les lavages faits avec l'emploi de la sonde molle peuvent être accompagnés d'orchite (8 sur 131 cas). Le permanganate de potasse employé en solutions de 1/4000 à 1/1000 est bien supporté par l'urétre et la vessie. Il fait disparaître les gonocoques qui ne se montrent plus dans l'écoulement si l'on continue le traitement : il peut suffire au traitement de la blennorragie à toutes ses périodes. Le nitrate d'argent en solution de 1/4000 à 1/2000 est bien toléré ; au 1/1000 il devient trop douloureux. Il peut guérir la blennorragie comme le permanganate de potasse ; mais il réussit moins bien dans les périodes du début. Son action sur le gonocoque est rapide, mais parfois inconstante. L'auteur préfère en somme le permanganate de potasse. Il admet que les lavages quotidiens sont suffisants pour la grande majorité des cas. La disparition des gonocoques est le critérium de certitude de la guérison ; aussi le traitement doit-il être basé sur la recherche du gonocoque régulièrement faite et pendant un temps suffisant après la cessation de l'écoulement purulent. En résumé cette thèse fournirait un bon exposé de la méthode des lavages dans le traitement de la blennorragie.

F. BALZER.

I. — Ueber die Wirkung des Alumnol auf die Gonorrhœ..... par Leopold CASPER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 13, *p.* 306, 27 *mars* 1893).

II. — Ist das Alumnol ein Specificum gegen Gonorrhoe ? par E. SAMTER (*Ibidem*, *p.* 308).

I. — Encouragé par les résultats annoncés par Chotzen (*R. S. M.*, XLII, 102), Casper a expérimenté les injections d'alumnol dans 12 cas de blennorragie aiguë, 20 cas de chronique, etc. Il conclut que, contre la blennorragie aiguë, l'alumnol ne vaut ni moins ni plus que les médicaments usuels et que dans la blennorragie chronique, il est inférieur au nitrate d'argent.

L'alumnol a pour lui d'être indolore et de ne pas irriter la muqueuse vésicale. Il paraît bien réussir contre le chancre mou.

II. — Samter, après avoir traité 12 blennorragiques par les injec-

tions d'alumnol, en a obtenu de si mauvais résultats qu'il déclare y renoncer et ne pas vouloir les essayer contre la blennorragie chronique.

J. B.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Deux cas de paralysie alcoolique à forme aiguë et généralisée, par ACHARD et SOUPAULT (*Archiv. de méd. exp.*, *V*, 3).

Le début s'est fait ici par des troubles intellectuels, delirium tremens dans un cas, attaque hystériforme dans l'autre ; c'est seulement après l'amendement de ces désordres psychiques que l'affection a pu être caractérisée. La névrite du pneumogastrique existait avec tachycardie. La terminaison a eu lieu par syncope; dans un cas il existait des lésions de myocardite segmentaire, mais il est probable que chez les deux malades il a fallu l'intervention d'une lésion bulbaire pour entraîner la mort subite. Les lésions des nerfs ressemblaient à ce qu'on trouve dans les paralysies alcooliques en général : l'altération augmente du côté de la périphérie, elle était moins avancée sur le pneumogastrique. Les grandes cellules nerveuses de la moelle présentaient une altération presque systématique analogue à celle de la paralysie infantile; tuméfactions vitreuses, vacuolisation, puis atrophie. On peut se demander si ces lésions cellulaires centrales ne tiennent pas sous leur dépendance les lésions névritiques, même dans les cas où les centres paraissent normaux. Car ici il existe fréquemment des troubles intellectuels dynamiques incurables traduisant une souffrance particulière des éléments cellulaires qui pourrait avoir comme conséquence la névrite. L'absence de spécialité de cette dernière dans les différentes infections ou intoxications amène à se demander si dans la paralysie alcoolique c'est bien le poison alcoolique qui crée la lésion, ou s'il ne s'agirait pas plutôt d'une infection intermédiaire surajoutée.

GIRODE.

Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der sogenannten polyneuritis alcoholica, par A. W. CAMPBELL (*Zeitschr. f. Heilkunde*, *XIV*, *n°* 1, *p.* 11, 1893).

Dans la polynévrite alcoolique, en outre des lésions des nerfs, il existe habituellement d'autres altérations au niveau de la moelle et du bulbe. C'est une dégénérescence des faisceaux nerveux disséminée dans toute la substance blanche. Certains points, tels que la zone radiculaire de Lissauer et les cordons postérieurs, semblent plus malades que le reste. Dans tous les cas soumis à l'examen, on a pu aussi constater une dégénérescence partielle des racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens.

LEFLAIVE.

The amok of the Malays, par Gilmore ELLIS (*Journ. of ment. sc., juillet* 1893).

Amok est un mot malais qui signifie emportement furieux, et qui consiste dans ce que l'individu qui en est atteint est emporté par une furieuse passion homicide, se jette à travers les rues des villages et frappe à tort et à travers tous ceux qu'il rencontre, hommes, femmes, enfants, parents, amis ou étrangers. Dans les parties les moins civilisées du pays, cet individu est impitoyablement poursuivi et frappé à mort, sauf quand il parvient à se mettre sous la protection d'un rajah dont il devient alors l'esclave. Certains de ces malheureux, d'une constitution parfois peu robuste, tuent ou blessent grièvement un grand nombre de personnes, sans en garder le souvenir ensuite. De violents chagrins, les pertes d'argent, la vue du sang, la crainte d'une mort imminente, la fièvre intermittente sont autant de causes de cette excitation spéciale. On a supposé que ces individus n'attentaient à la vie de leurs semblables que pour être tués eux-mêmes, le Coran défendant le suicide, mais il semble plutôt qu'il s'agit d'une folie impulsive, peut-être de nature épileptique, le début étant brusque et le malade n'ayant aucune conscience de ce qu'il fait. Gilmore Ellis rapporte plusieurs observations de ces furieux homicides. DESCOURTIS.

Acute mania... (Manie aiguë consécutive à la rupture du rectum produite par un lavement treize jours après une ovariotomie. Guérison), par B. SCHMIDT (*Journ. of ment. sc., juillet* 1893).

Femme, 43 ans, d'une bonne santé habituelle, subit l'ovariotomie pour un kyste de l'ovaire gauche. Huit jours après l'opération, on lui donne par erreur deux lavements consécutifs, et l'intestin trop distendu se rompt. Le liquide et les matières fécales sortent par la plaie de l'abdomen. Trois jours après l'accident, explosion de manie aiguë, avec incohérence complète des idées. Élévation de la température, fréquence du pouls, agitation continuelle, insomnie, état général grave, qui ne se dissipe qu'au bout de sept semaines, avec retour à la raison et convalescence rapide. Le traitement par l'opium et la morphine n'ont produit que de l'excitation. Le chloral et le bromure de potassium ont paru faire quelque bien, mais il a fallu en augmenter peu à peu les doses. L'hyoscyamine combinée au chloral et au bromure a donné de meilleurs résultats. Les stimulants, et l'alcool en particulier, se sont montrés très utiles. Il semble, dans ce cas, que l'accès de manie ait eu une origine septique, et que le passage des matières fécales dans l'abdomen ait encore ajouté à cet empoisonnement du sang. DESCOURTIS.

La folie communiquée de l'homme aux animaux, par Ch. FÉRÉ (*C. R. de la Société de biologie*, 25 *février* 1893)

Il s'agit d'un animal devenu agoraphobe au contact de sa maîtresse, agoraphobe elle-même, et qui était susceptible de guérir par la séparation. DASTRE.

La folie à deux; ses diverses formes cliniques, par ARNAUD (*Ann. méd. psych., mai* 1893).

La folie à deux comprend trois formes : la folie imposée, dans laquelle il y a un minimum de résistance de l'élément passif contre l'élément actif; la folie simultanée, dans laquelle chacun des malades se

trouve dans les conditions de prédisposition, de milieu et de moment, suffisantes pour provoquer le développement de la folie, sans que l'influence de l'un sur l'autre soit nécessaire; et la folie communiquée véritable, dans laquelle la résistance du sujet influencé est à son maximum, de sorte qu'il ne succombe qu'après une longue lutte qui a épuisé toute sa résistance cérébrale, et qu'il va jusqu'à l'aliénation confirmée.

La folie imposée et la folie communiquée ne se distinguent que par l'intensité de la transmission, par la persistance, après la séparation, du délire chez le second malade. Si ces deux formes présentent des différences cliniques importantes, elles doivent être réunies, au point de vue psychologique, sous la dénomination de folie communiquée. Du reste, dans le développement de toutes les formes de folie à deux, on retrouve trois conditions communes : la prédisposition, l'intensité de vie et la vraisemblance du délire, au moins au début. C'est ce qui explique que la plupart des cas publiés de folie à deux appartiennent au délire de persécution. Enfin la folie imposée et la folie communiquée supposent, en outre, une supériorité morale du premier malade sur le second.

DESCOURTIS.

Remarks upon the influence of intestinal disinfection in some forms of acute insanity, par MACPHERSON (*Journ. of ment. sc., janvier* 1893).

Les médecins d'asiles d'aliénés emploient, souvent malgré eux, des narcotiques, dont l'effet est incertain et parfois diamétralement opposé à celui qu'ils recherchent. Macpherson, ayant remarqué combien est mauvais l'état du tube digestif dans un grand nombre de maladies mentales aiguës, et combien efficace est parfois un simple purgatif, a basé son traitement sur la désinfection de l'intestin, en particulier au moyen de la naphtaline. Il préfère cette préparation au naphtol, dont l'action est incomparablement moindre. Les doses employées sont, au début, de 15 à 30 centigrammes, et sont poussées progressivement jusqu'à 4 et 5 grammes par jour. En même temps, ou pendant la première semaine tout au moins, il pratique le lavage de l'estomac et assure la régularité des garde-robes. Il cite quatre observations de malades qu'il a traités par ce procédé, et se croit en droit de conclure que la naphtaline n'offre ni danger ni inconvénient, et qu'on peut en donner jusqu'à 11 grammes par jour sans effet fâcheux; que si elle s'est montrée sans résultat dans certains cas, il faut l'attribuer sans doute à l'insuffisance des doses; qu'elle a pour effet d'améliorer la nutrition et de rendre le sommeil normal; qu'elle atténue la violence des symptômes et hâte la convalescence; enfin que les troubles purement psychiques ne sont pas influencés par ce traitement. DESCOURTIS.

De la mélancolie dans ses rapports avec les maladies utérines. Contribution à l'étude de la folie sympathique, par CHATENET (*Thèse de Paris*, 1893).

Les maladies utérines peuvent, comme la menstruation, la grossesse, la ménopause provoquer, par action réflexe, des troubles de l'intelligence, qui rentrent dans le cadre des folies sympathiques. La mélancolie est la forme d'aliénation mentale la plus souvent observée. Elle présente trois variétés : la mélancolie hypochondriaque, la mélancolie dépressive

et la mélancolie anxieuse avec ou sans conscience. La folie circulaire et la folie à double forme s'observent rarement ici. Les déplacements utérins les métrites, les maladies inflammatoires des annexes et du petit bassin, paraissent provoquer plus souvent des délires mélancoliques que les tumeurs volumineuses. DESCOURTIS.

Influence de la ménopause sur le développement de la folie, par GARAT (*Thèse de Paris*, 1892).

La ménopause exerce sur les facultés intellectuelles de la femme la même influence nocive que la puberté, la menstruation et l'état puerpéral. La plupart des femmes qui délirent à cette époque sont, le plus souvent, des prédisposées, et présentent soit des antécédents héréditaires, soit des antécédents nerveux personnels. Cette époque de la ménopause amène, dans les asiles, un tiers des femmes qui y sont internées. Les troubles que l'on observe le plus souvent, dans ce cas, sont un changement dans le caractère et le sentiment, du délire émotif, quelquefois de la folie érotique, mais, plus fréquemment, de la mélancolie hypochondriaque, de la mélancolie avec conscience, qui mène souvent au suicide, et de la folie religieuse. La ménopause paraît avoir un effet salutaire sur l'hystérie. Elle favorise le développement de la paralysie générale, ou d'un état de manie congestive comparable à cette maladie. Enfin, sous son influence, beaucoup de femmes deviennent dipsomanes, ou commettent divers actes délictueux ou criminels.

DESCOURTIS.

Aliénation mentale syphilitique, par MAIRET (*Broch. Paris*, 1893).

L'anatomie pathologique, rapprochée de la symptomatologie, permet d'établir que la syphilis cérébrale peut prendre le masque de la paralysie générale et que la syphilis cérébrale à forme de paralysie générale diffère de la paralysie générale vraie, comme lésion et comme évolution. Il existe donc bien une aliénation mentale syphilitique, et toutes les lésions syphilitiques du cerveau peuvent donner naissance à l'aliénation mentale. Ces lésions sont circonscrites, localisées, à foyer unique ou à foyers multiples, peuvent atteindre toutes les parties constitutives des hémisphères et s'étendre à d'autres régions du système nerveux. A côté des lésions spécifiques, il existe souvent des lésions secondaires d'ordre vulgaire. Le délire est un délire général; il n'est jamais partiel; il n'a pas une forme unique et n'a pas de caractères spéciaux. On y rencontre fréquemment des perversions sensorielles et la forme alterne. Ordinairement, peu importe la forme revêtue au début, la maladie tend vers une forme unique, la paralysie généralisée. Le traitement spécifique de l'aliénation mentale syphilitique doit être employé à la période de début, aussi bien qu'à la période de généralisation; ses résultats sont d'ailleurs très variables. Il doit être énergique et prolongé pendant plusieurs années, une fois l'aliénation mentale guérie. Comme traitement adjuvant, il faut éviter les excès de toute nature et obtenir une bonne hygiène physique et surtout cérébrale. DESCOURTIS.

Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale primitive, par SÉGLAS (*Ann. méd. psych., mai* 1893).

Femme, 32 ans, nerveuse, prise d'une attaque extrêmement violente de diarrhée cholériforme, fut mise à la diète et traitée pendant quelques jours par de fortes doses de champagne et de rhum. Au bout de trois jours, les accidents cholériformes s'étant considérablement amendés, survinrent brusquement des troubles délirants caractérisés surtout, pendant toute la durée de l'affection, par un état de confusion mentale, de chaos, comme dit la malade, qui en était la manifestation capitale, et qui consistait dans la perte de l'activité volontaire de l'intelligence, dans un trouble profond de l'exercice volontaire des opérations intellectuelles, troubles de l'attention, de la perception de la mémoire, de la volonté, déterminant un état d'égarement très particulier avec perte des notions du temps, du lieu. A côté de ce défaut de toutes les opérations de synthèse mentale, se note un désordre profond dans les idées, les actes, qui ne sont plus que des associations ou des réactions involontaires et automatiques. DESCOURTIS.

Antipyrinomanie, par CAPPELLETTI (*Rivista sper. di Freniatria*, 31 *mars* 1893).

Cappelletti rapporte l'histoire d'une femme de 23 ans, hystérique, qui s'était habituée à prendre de l'antipyrine pour des maux de tête et qui absorbait la dose quotidienne de 8 à 10 grammes. Les symptômes de cette intoxication étaient la perte de l'appétit, la persistance des maux de tête et des bourdonnement d'oreilles, une somnolence perpétuelle traversée par des crises convulsives. On dut faire entrer la malade dans une maison de santé. Une tentative de suppression brusque de l'antipyrine donne lieu à une telle prostration, qu'il fallut la traiter comme une morphinomane, en lui donnant d'abord de grosses doses de bromure, puis de la caféine. Elle finit par guérir, et les maux de tête disparurent. P. M.

Étude critique sur les rapports du tabes dorsalis et de la paralysie générale, par STOJANOVITCH (*Thèse de Paris*, 1893).

Le tabes dorsalis et la paralysie générale diffèrent en ce que le premier est une affection d'origine centrale, caractérisée par une lésion progressivement systématique du système sensitif cérébro-spinal, tandis que la seconde est caractérisée par une lésion éminemment diffuse des mêmes régions. D'un autre côté, le tabes dorsalis et la paralysie générale, comme toutes les autres affections névropathiques, supposent toujours un terrain préparé d'avance, une prédisposition organique, soit héréditaire, soit acquise. Les autres causes n'agissent que comme adjuvants, et, parmi elles, la syphilis occupe le premier rang, tant par sa fréquence, que comme agent perturbateur de l'organisme par excellence. Cette identité d'origine mais non de nature fait que le tabes et la paralysie générale peuvent se rencontrer chez le même individu tout en restant indépendants l'un de l'autre. Cette association est d'ailleurs relativement rare.

DESCOURTIS.

Documents statistiques pour servir à l'étude des conditions pathogéniques de la paralysie générale, par J. LUYS (*Annales de psychiatrie et d'hypnologie, p.* 41, *février* 1893).

D'après l'examen de 140 paralytiques généraux appartenant à un mi-

lieu élevé de société Luys établit de la façon suivante les conditions pathogéniques de cette affection :

Age. — Les deux extrêmes ont été 27 ans et 61 ans ; l'âge moyen 43 ans chez l'homme, 40 ans chez la femme.

Sexe. — Sur les 140 cas il n'y avait que 4 femmes ; dans les classes pauvres il y aurait à peu près équilibre entre les deux sexes.

Taille. — L'auteur a été frappé de la petitesse des paralytiques généraux. Sur ses 140 cas il y en a 55 petits, soit 39 0/0 ; 80 de taille moyenne, soit 57 0/0 ; 5 de grande taille, soit 3 0/0 ; cela tiendrait à ce que les hommes grands étant mieux pourvus en matière cérébrale auraient plus de force de résistance à la paralysie générale.

État civil. — 59 célibataires, soit 42 0/0 ; 81 sujets mariés, soit 58 0/0 ; ces chiffres indiqueraient que l'état mental particulier des célibataires porterait ceux-ci à la paralysie générale.

Natalité. — Sur 81 unions de paralytiques généraux 27 sont stériles, soit 34 0/0, sur les 53 unions fécondes la moyenne des enfants a été de 1,50 par ménage, ce qui est un chiffre très bas. En outre, la descendance des paralytiques généraux présente très souvent soit des malformations, soit divers troubles psychiques ou moraux.

Ascendants. — Ont présenté souvent des tares physiques ou psychiques. Il en est de même d'ailleurs pour les collatéraux.

L'auteur insiste tout particulièrement sur l'importance des mauvaises conditions héréditaires dans le développement de la paralysie générale.

PIERRE MARIE.

Tabes et paralysie générale, par NAGEOTTE (*Thèse de Paris*, 1893).

Ce travail, inspiré par Raymond, peut se résumer ainsi. La paralysie générale est unie au tabes dans les deux tiers des cas, au moins. Toutes les formes de tabes et toutes les formes de paralysie générale peuvent se rencontrer associées. Souvent au début d'un tabes la paralysie générale survient et est prise pour l'affection primitive, parce que le tabes a passé inaperçu. Fréquemment le tabétique devient paralytique général dans le cours de son affection médullaire; même quand il a échappé pendant de longues années à la complication cérébrale, même quand il est venu échouer dans un asile, on est encore parfois obligé de le faire passer à la section des aliénés. Enfin lorsqu'il meurt sans avoir présenté des symptômes mentaux bien appréciables, on peut trouver dans son cerveau la lésion de la paralysie générale, et il est probable que ces cas sont fréquents.

La marche inverse s'observe aussi très souvent; c'est le paralytique général qui devient tabétique, et alors la complication médullaire est marquée par l'affection cérébrale dans beaucoup de cas. On peut voir également, mais rarement, la paralysie générale et le tabes débuter en même temps, et évoluer parallèlement. L'anatomie pathologique prouve qu'il s'agit toujours de tabes et de paralysie générale légitimes.

Une grande cause prédisposante, l'hérédité nerveuse, aidée par des causes déterminantes, dont la principale est la syphilis, provoque l'apparition des deux affections.

Le tabes et la paralysie générale, qui ont la même étiologie, coexistent

dans un nombre trop considérable de cas, et se combinent de façons trop variées, pour qu'on puisse les envisager autrement que comme des manifestations diverses d'une seule et même maladie. H. L.

General paralysis occurring about the period of puberty, par J. WIGLESWORTH (*Brit. med. j., p.* 635, 25 *mars* 1893, *et Journ. of mental sc., juillet* 1893).

Wiglesworth publie deux faits de paralysie générale survenue à l'occasion du développement de la puberté, chez deux filles âgées l'une de 12, l'autre de 14 ans : la maladie dura 4 ans et se termina par la mort avec les lésions classiques de l'encéphalite diffuse. Les symptômes dans les deux cas étaient ceux d'une démence graduelle et lentement progressive sans idées de grandeur, avec diminution parallèle des forces et paralysie motrice. On nota chez une d'elles de la contracture et des convulsions épileptiformes. Six cas de ce genre ont été publiés par Clouston et Turnbull. Les facteurs de la maladie paraissent être l'hérédité névropathique, la syphilis et peut-être les traumatismes. H. R.

Etude des réflexes dans la paralysie générale et recherches statistiques sur l'étiologie de cette affection, par RENAUD (*Thèse de Paris*, 1893).

Dans la paralysie générale, les réflexes tendineux sont exagérés dans la grande majorité des cas, et cette exagération se trouve le plus souvent à la pression de tous les tendons. Au début de l'affection, l'exagération est la règle; elle fait place, dans certains cas, à l'abolition des réflexes, à mesure que les processus pathologiques se généralisent et que la démence progresse. Symptomatique d'une lésion des cordons latéraux, l'exagération des reflexes semble cependant, dans beaucoup de cas, être la conséquence d'un état pathologique du cerveau.

Le réflexe cutané plantaire est exagéré ou aboli dans les deux tiers des cas environ. Les réflexes pupillaires sont modifiés dans l'immense majorité des cas, et ces modifications consistent, soit dans la perte ou la diminution de la réaction à la lumière, qui se rencontre très fréquemment, soit dans la perte des deux réflexes, lumière et accommodation, qui est moins fréquente. D'une façon générale, on peut dire que les troubles réflexes ou papillaires gagnent d'intensité avec la marche de la maladie. On trouve de l'inégalité pupillaire dans les deux tiers des cas de démence paralytique. Le myosis et la mydriase sont relativement rares. Il n'y a d'ailleurs aucun rapport appréciable entre l'état de dépression ou d'expansion des paralytiques et l'état de leur réflectivité spinale. DESCOURTIS.

De l'hérédité dans la paralysie générale, par GODIVIER (*Thèse de Paris*, 1892).

Un certain nombre d'observations, ayant trait à l'influence de l'hérédité sur les symptômes, la marche et la durée de la paralysie générale chez la femme, ont amené Godivier à conclure que, chez elle, dans l'étiologie de la paralysie générale, il faut noter la rareté de l'hérédité congestive et la fréquence de l'hérédité vésanique ou phrénopathique. Le facteur hérédité agit seul; il faut que le terrain soit préparé par le surmenage, l'alcoolisme, la syphilis, la misère, les privations ou les excès de toute nature. Les symptômes ne paraissent pas subir l'influence de l'hérédité. Les marches lentes sans rémission ne se sont produites que dans le cinquième des cas. Les rémissions n'apparaissent que chez le quart des

héréditaires observés. En général, la marche de la maladie est plutôt accélérée que ralentie chez les héréditaires. Sa durée, d'ailleurs, est inférieure à la durée moyenne généralement admise. DESCOURTIS.

De la peptonurie chez les paralytiques, par FRONDA (*Neurolog. Centralbl.*, 1er *novembre* 1892).

Fronda a examiné l'urine de 15 paralytiques généraux d'après la méthode d'Hofmeister pour analyser les peptones. Chez tous il a trouvé de la peptonurie, sans albuminurie. L'auteur en conclut que l'absence de peptonurie peut, dans les cas douteux, éclairer le diagnostic et faire éliminer l'idée d'une paralysie générale. H. R.

The use of hypnotism among the insane, par George ROBERTSON (*Journ. of ment. sc.*, *janvier* 1893).

Robertson, après avoir visité les services de Bernheim, de Luys et d'Auguste Voisin, a essayé lui-même l'emploi de l'hypnotisme, et considère qu'on peut s'en servir avec succès comme agent thérapeutique, dans l'insomnie, à laquelle il substitue un sommeil tranquille; dans l'excitation qu'il calme; enfin comme un moyen de faire disparaître les troubles mentaux légers et les psychoses de peu d'intensité, grâce à la suggestion verbale, dans l'état hypnotique.

Accessoirement, l'hypnotisme est utile pour triompher de la résistance pathologique que les malades opposent au traitement qui doit leur être utile, et pour remplacer les moyens de coercition mécaniques et physiques. Mais il doit être employé avec circonspection, pour ne pas jeter, parfois, un trouble plus grand dans l'esprit du malade. DESCOURTIS.

Du somnal chez les aliénés et de son efficacité dans la lypémanie, par MARANDON DE MONTYEL (*Ann. méd. psych.*, *juillet* 1893).

Le somnal possède une double propriété physiologique, celle de produire de l'excitation gaie et presque aussitôt après du sommeil. Dans six cas de manie aiguë, l'action hypnotique du somnal a été nulle ou de courte durée, en même temps l'agitation des malades croissait proportionnellement aux doses. Chez les maniaques, le somnal paraît donc un médicament nuisible, qui doit être sévèrement proscrit, puisque non seulement il n'apporte aucun soulagement, mais aggrave leur état. Dans la manie intermittente, il est plus dangereux encore. Dans la paralysie générale l'action du somnal serait la même que dans la manie aiguë : le remède, nul en tant qu'hypnotique, accroîtrait considérablement l'agitation, de telle sorte qu'il serait exclusivement nuisible. Cependant, dans certains cas de paralysie générale, il a eu une action narcotique incontestable et même assez marquée, tout en produisant de l'agitation au réveil. Somme toute, l'aggravation constante de l'agitation doit le faire rejeter dans la paralysie générale. Par contre, des résultats obtenus dans la lypémanie ont été excessivement favorables. Le somnal, conformément à son action physiologique, a produit de la gaîté, une légère excitation et un sommeil constant, qui en font un médicament de choix dans la lypémanie. Même dans la lypémanie chronique, on a obtenu une amélioration notable, malgré l'ancienneté et l'aggravation du mal. Enfin,

il existe une contre-indication formelle à l'emploi du somnal, c'est le mauvais état de l'estomac, car alors le remède n'est pas supporté et entraîne des troubles gastriques et digestifs. DESCOURTIS.

De l'exalgine chez les hallucinés et de son action comparative avec l'antipyrine par E. MARANDON DE MONTYEL (*Bulletin génér. de thérapeutique*, 30 *avril* 1893).

1° De même que l'antipyrine peut être administrée aux hallucinés, à leur insu, dans de la soupe, afin d'éviter les causes d'erreur provenant de leur dissimulation quand ils se savent médicamentés; de même l'exalgine peut leur être administrée plus sûrement encore, à leur insu, dans du vin;

2° En administrant l'exalgine au moment des repas, selon le conseil de Desnos, on peut la prescrire durant plus d'un mois, à la dose quotidienne même de 1 gramme en deux fois, sans exposer d'ordinaire les malades à aucun trouble physiologique désagréable, sauf à l'action dénutritive, exercée lentement par la substance;

3° Comme l'antipyrine, l'exalgine est susceptible d'influencer favorablement les hallucinations et les délires sensoriels consécutifs d'origine réflexe, mais cette influence est beaucoup moins certaine et beaucoup moins accusée que celle exercée par l'antipyrine;

4° Comme l'antipyrine, l'exalgine est susceptible d'aggraver considérablement les hallucinations et les délires sensoriels qui ne sont pas d'origine réflexe et cette aggravation est beaucoup plus fréquente et beaucoup plus marquée qu'avec l'antipyrine;

5° En conséquence, l'antipyrine doit être de beaucoup préférée à l'exalgine dans le traitement des hallucinations et des délires sensoriels d'origine réflexe, d'autant plus qu'elle est sans action sur la nutrition, tandis que l'exalgine exerce une influence dénutritive constante et souvent considérable. R. FAURE-MILLER.

Su la contrattura post-epilettica, par Salomone MARINO (*Il Morgagni, p.* 23, *janvier* 1893).

La contracture post-épileptique n'est pas très rare; elle présente la même forme que la contracture des hémiplégiques et la contracture hystérique, mais diffère de la contracture hystérique par sa genèse, sa durée, l'absence d'anesthésie, de zones hystérogènes, sa résistance à l'application de l'aimant. Elle semble intimement liée à l'épilepsie produite par la masturbation. Sa cause, différente de la contracture hystérique et de la contracture des hémiplégiques, doit être attribuée à une excitation des centres nerveux et probablement à un épanchement liquide dans les ventricules latéraux. Le pronostic est plus favorable que dans la contracture hystérique et dans la contracture des hémiplégiques; la guérison est rapide et certaine. GEORGES THIBIERGE.

Sympathicus-Resection bei genuiner Epilepsie, par BOGDANIK (*Wiener med. Presse*, 9 *avril* 1893).

Dans un cas d'épilepsie grave, le père du malade réclamant à tout prix une intervention, même si elle pouvait être fatale à son enfant, Bogdanik ne

voulant faire ni la trépanation ni la ligature des artères vertébrales, se décida à pratiquer la résection du sympathique sans ligature des artères vertébrales ou plus exactement à entreprendre chez son malade la résection du ganglion cervical moyen, ce qu'il fit le 24 novembre 1892. Incision de 6 centimètres de longueur sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche; les vaisseaux et les muscles sont écartés avec des crochets mousses ; puis avec les doigts on va à la recherche du ganglion cervical moyen qui se trouve juste au-devant de l'artère thyroïdienne inférieure; le ganglion est saisi avec des pinces et excisé avec des ciseaux. Suites opératoires nulles. Après l'opération, le malade n'eut plus d'attaques convulsives avec perte de connaissance, mais quelques secousses de courte durée des membres supérieurs. Trois semaines après l'opération, l'épileptique semblait en excellente santé. Bogdanik se garde du reste bien d'affirmer la guérison. Rien ne prouve que les accès ne reviendront pas, après la régénération du nerf par exemple.

CART.

Essai sur le traitement de l'épilepsie essentielle par ligature simultanée des artères vertébrales, par GOWING-MIDDLETON (*Thèse de Paris*, 1892).

Les résultats obtenus dans les cas observés par Gowing-Middleton justifient, d'après lui, l'opération de la ligature des vertébrales dans les cas d'épilepsie essentielle. Les cas les meilleurs pour assurer la réussite de l'opération sont ceux dans lesquels les fonctions psychiques n'ont pas encore été profondément affectées, et ceux dans lesquels l'aura est nette, l'attaque franche. Le haut mal semble, plus que le petit mal, justiciable de la ligature des vertébrales. Plus le malade réagit facilement à la médication bromurée, plus il est permis d'espérer le succès. En tout cas, la compression des vaisseaux cervicaux, en faisant diminuer le nombre et l'intensité des accès, permettra de présumer quelle sera l'efficacité de la ligature.

DESCOURTIS.

Thyroïdo-éréthisme chirurgical pour myxœdème et perversion mentale, par A. PONCET (*Lyon méd.*, 25 *juin* 1893).

Fille de 14 ans, très arriérée, avec perversion mentale, kleptomanie, habitudes de masturbation, atteinte de myxœdème. Corps thyroïde très peu développé. P. eut l'idée, d'après les faits observés à la suite de l'exothyropexie, d'exciter la glande thyroïde. Il fit alors une incision cervicale mettant à nu le corps thyroïde qui est atrophié, dénuda méthodiquement la glande et la maintint soulevée en la saupoudrant d'iodoforme. Il avait pour but de provoquer une sorte d'excitation durable. Les résultats furent parfaits; au bout d'un mois les troubles myxœdémateux avaient disparu; l'enfant était mieux à tous les points de vue et l'état mental s'était considérablement amélioré.

A. CARTAZ.

I. — A case of myxœdema cured by thyroïd extract, par John P. HENRY (*Brit. med. j.*, *p.* 737, 8 *avril* 1893).

II. — The treatment of myxoedema by feeding with the thyroïd gland of the sheep, par J. Dee SHAPLAND (*Ibidem*, *p.* 738).

I. — Femme de 44 ans, atteinte de myxœdème depuis 14 ans, gonflement des lèvres et des paupières, absence d'expression faciale, peau sèche, impotence fonctionnelle et dépression mentale : depuis quatre ans elle ne sort plus de sa chambre et tombe dès qu'elle veut marcher : sa parole est lente

et embarrassée, sa mémoire nulle, menstruation irrégulière et insuffisante, urines acides, troubles, traces d'albumine.

Traitement par les injections hypodermiques du suc thyroïdien deux fois par semaine, depuis le mois de mai jusqu'en août. Après la première injection, attaque épileptiforme avec perte de connaissance ; mais le lendemain elle se sent mieux et sa température est moins basse. Les autres injections sont bien supportées, quelques-unes douloureuses. Amélioration rapide, retour des règles, disparition de la bouffissure, peau moins sèche, cheveux plus denses, intelligence plus éveillée, mémoire plus nette. Son état actuel n'est pas comparable. Deux photographies prises avant et après le traitement en font foi.

II. — Femme de 52 ans, malade depuis 10 ans. Bouffissure, chute des cheveux, état mental déprimé, douleurs à la nuque rendant les mouvements de la tête pénibles. Traitement par l'injection de corps thyroïde de mouton (tous les matins la moitié d'une glande thyroïde), depuis le 12 novembre jusqu'au 12 janvier. Amélioration extrême et disparition de tout œdème, retour de la mémoire et de l'activité. Les photographies témoignent des résultats obtenus. H. R.

Myxœdème traité par les injections d'extrait thyroïdien, par MENDEL (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 7, *p.* 173, 13 *février*, *et n°* 16, *p.* 389, 17 *avril* 1893).

Il s'agit de la malade dont l'histoire a été relatée par Manasse (*R. S. M.*, XXXIV, 562). Son myxœdème a débuté à la suite d'un érysipèle de la face, dans le cours d'une troisième attaque de rhumatisme articulaire aigu, survenu à l'âge de 47 ans, c'est-à-dire il y a onze ans. Depuis la relation de Manasse, l'affection a envahi la nuque et les ongles qui sont friables, fissurés et plissés longitudinalement.

Le pouls ne bat plus que 60 au lieu de 70 fois par minute. La salive parotidienne contient de la mucine.

Depuis quelques semaines, on fait à la malade des injections sous-cutanées d'extrait de corps thyroïde de mouton. La faiblesse et l'apathie sont moindres, le pouls est remonté à 76, la quantité des urines a passé de 1,100 à 1,400 grammes, celle de l'urée de 14 à 20 grammes, enfin le gonflement de la joue gauche, de l'œil droit, de la nuque et des pieds a un peu diminué.

J. B.

Myxœdema, par AFFLECK (*Soc. méd. d'Edimbourg. Brit. med. j.*, *p.* 411, 25 *février* 1893).

A l'occasion d'une discussion relative au myxœdème, Affleck montre un jeune homme très amélioré par la greffe thyroïdienne. Thomson présente deux enfants traités avec succès par l'alimentation thyroïdienne. Bramwell rapporte le cas d'une jeune femme traitée de cette façon par un demi-corps thyroïde de mouton par jour : amélioration très rapide d'abord, puis troubles gastro-intestinaux, douleurs, défaillances et on dut réglementer l'alimentation thyroïdienne,

Church signale la relation héréditaire entre le myxœdème et le goître exophthalmique. H. R.

MÉDECINE LÉGALE

Tod durch Pental bei Gelegenheit einer Zahnoperation, par BREMME (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentl. Sanitw.* 3e *série*, *V*, 80, *janvier* 1893).

Garçon de 14 ans qu'un dentiste endormit par le pental pour lui extraire deux molaires. 6 ou 7 grammes du médicament avaient suffi pour produire l'anesthésie au bout d'une minute. Les dents enlevées, le jeune malade fut immédiatement pris d'une syncope mortelle.

L'autopsie fit constater : d'une part, des lésions de date ancienne : 1° hypertrophie du cœur avec insuffisance des valvules auriculoventriculaires; 2° résidus d'une pleuro-pneumonie droite. D'autre part, les lésions imputables au pental :

1° Décomposition cadavérique peu avancée; 2° Rigidité cadavérique très accentuée même à la langue et au cœur; Lividités très étendues; 4° Strie transversale, rouge pâle, de la conjonctive des deux yeux, au point de juxtaposition des paupières closes (effet des vapeurs de pental); 4° Mydriase; 5° Sang goudronneux, noirâtre; 6° Odeur éthérée à l'ouverture de la cavité abdominale et à l'incision des poumons; 7° Vacuité du cœur droit tandis que le ventricule gauche renferme une cuillerée de sang liquide, noir; 8° Œdème des poumons; 9° Congestion plus ou moins marquée des organes abdominaux; 10° Contraction et vacuité de la vessie; 11° Anémie de l'encéphale sauf pour les sinus transversaux de la base et pour les os de la voûte du crâne.

J. B.

Ueber die Ursachen des Flüssigbleibens... (Causes de la fluidité du sang dans l'asphyxie et dans d'autres genres de mort), par Gabriel CORIN (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanitw.*, 3e *série*, *V*, 234, *avril* 1893).

Sur le cadavre, le sang ne se coagule que parce qu'il existait, déjà durant la vie, du ferment, et l'abondance des caillots trouvés à l'autopsie est en raison directe de celle du ferment vital. Ce ferment ne se produit plus après la mort, bien qu'on le trouve à son avant-stade inactif dans le sang.

La présence de cet avant-stade est la cause d'une autre coagulation quand le sang est de bonne heure extrait des vaisseaux. Cette coagulation s'explique par l'effet de dédoublement qu'exercent sur cet avant-stade certains éléments du sang.

Plus tard apparaît dans le sang, et provenant des parois vasculaires, un corps qui a la propriété d'empêcher la coagulation, c'est-à-dire d'interrompre l'activité des substances aptes à dédoubler le ferment. Ce corps est très vraisemblablement identique à la cytoglobine décrite par Al. Schmidt et spécialement à celle trouvée dans le foie.

Les parois des vaisseaux jouent donc, sur le cadavre, un rôle double à l'égard du sang : au début, elles maintiennent le sang fluide, autrement dit, elles empêchent la production du ferment, parce qu'elles n'exercent aucune excitation sur les leucocytes, producteurs de ce ferment. Ulté-

rieurement, les parois vasculaires s'opposent aussi à la coagulation en sécrétant une substance qui l'entrave.

Il résulte de tout ce qui a été dit, qu'entre le sang de l'asphyxie ou de la mort subite et celui de la mort lente, il n'existe qu'une différence relative qui s'explique par la teneur variable en ferment. Mais dans aucun cas, il ne se produit après la mort, dans la cavité des vaisseaux, une coagulation complète, comme on l'observe sur le sang extrait des vaisseaux pendant la vie; il reste toujours à côté de la fibrine un excédent plus ou moins considérable de fibrinogène dissous. Durant les premiers temps après la mort, ce fibrinogène est encore susceptible de se coaguler, puis il devient incoagulable, non qu'il soit altéré en lui-même, mais parce que la production de ferment est impossible.

Cette fluidité du sang cadavérique est tout à fait différente de la liquéfaction des caillots cadavériques que Falk (*R. S. M.*, XXXV, 250) a démontrée tenir à la transformation de la fibrine en globuline, sous l'influence de la putréfaction.

Pour la pratique médico-légale il y a deux conclusions à tirer de ces recherches : l'une, négative, confirme, ce qu'on savait déjà, que la fluidité du sang ne constitue pas un signe différentiel de la mort par asphyxie. La conclusion positive confirme l'ancienne opinion que l'état coagulé du sang dans un épanchement est une présomption en faveur de l'origine vitale de cette blessure, puisque dans les blessures produites seulement un certain temps après la mort, on n'observe pas la coagulation du sang extravasé. Il reste seulement à déterminer expérimentalement la durée du temps pendant lequel le sang peut encore se coaguler sur le cadavre. J. B.

Ueber Krampfe und Amnesie... (Des convulsions et de l'amnésie qui suivent le rappel à la vie des pendus), par WAGNER (*Münchener med. Woch.*, *n°* 5, *p.* 87, 31 *janvier* 1893).

On doit rapporter non pas à l'hystérie mais à une action directe de l'anémie cérébrale, les convulsions des pendus, et les rapprocher de celles que l'on rencontre dans les autres asphyxies. En effet ce sont des manifestations, qui d'une part précèdent la mort par pendaison, de l'autre se produisent si, après avoir dépendu l'individu, la circulation cérébrale se rétablit. Les convulsions sont donc d'une part préanémiques, de l'autre postanémiques. Elles ne se produisent plus dès que l'individu a recouvré sa connaissance; enfin, ce qui exclut toute possibilité d'hystérie pour l'auteur, elles ont lieu chez l'animal pendu (chien ou chat). L'auteur croit aussi que l'on peut expliquer par des lésions l'amnésie rétrograde des pendus. C. LUZET.

Erection und Samenerguss bei Erhängten, par EBERTZ (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 3e *série*, *supplément du t. IV*, *p.* 175, *octobre* 1892).

Casper a relégué presque au rang des fables, l'érection et l'émission de sperme chez les pendus. En voici cependant un nouvel exemple à ajouter à celui de Feld publié dans le même recueil XVI.

Alcoolique de 71 ans qui s'est pendu à l'aide d'une corde, au gond de sa porte. Ebertz arrive peu d'heures après le suicide. Le cadavre, complètement

nu, reposait debout sur le sol. Il y avait déjà de la rigidité cadavérique, mais pas le moindre signe de putréfaction.

La verge était en érection complète, formant un angle droit avec le corps. Sur le sol, entre les pieds du cadavre, se voyait une tache humide de plusieurs centimètres, formée par le liquide de l'éjaculation dont on apercevait aussi des traces sur le prépuce (*R. S. M.*, VIII, 673 et XI, 226.) J. B.

Ueber Seelenstorungen nach Selbstmordversuchen (Des troubles psychiques qui suivent les tentatives de suicide), par MÖBIUS (*München. med. Woch.*, *n°* 36, *p.* 631, 1892).

L'auteur tend à expliquer par l'hystérie traumatique les troubles psychiques (amnésie rétro et antérograde) et les convulsions qu'on observe après les tentatives de suicide. Ainsi il fait remarquer dans certaines observations de Wagner, concernant des pendus, des troubles nettement hystériques. Les phénomènes sont les mêmes qu'il s'agisse de pendaison, coup de feu, commotion cérébrale ou simple frayeur. Il n'y a donc pas à faire intervenir les troubles de nutrition par compression carotidienne, comme le veut Wagner pour la pendaison, mais autre chose et cette autre chose c'est l'hystérie ; il le démontre par une observation de tentative de suicide par coup de feu, où il essaye de distinguer ce qui, dans les phénomènes consécutifs, appartient à l'hystérie (amnésie, grands mouvements, excitation cérébrale), à la blessure d'un nerf (paralysie oculaire) et à des lésions cérébrales (hémiplégie droite avec aphasie, sans hémianesthésie). C. LUZET.

Atypische Lage der Einschussœffnung, beim Selbstmord durch Schuss in den Kopf, par Albin HABERDA (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanitw.*, 3e *série*, *V*, 221, *avril* 1893).

Relation de 5 faits de suicides (avérés) par coup de feu dans la tête, avec lieux d'entrée insolites des projectiles; à ne considérer que le siège des blessures, on eût cru à des meurtres.

Dans le premier cas, la balle avait pénétré dans l'occiput à l'union des sutures sagittale et lambdoïde et la calotte cranienne était à peu près complètement détachée suivant une ligne correspondant assez exactement à celle où l'on fait passer le trait de scie dans les autopsies.

L'homme avait tiré de la main droite, tandis qu'avec la gauche il maintenait son pistolet appliqué si solidement contre le crâne que toute la charge avait pénétré à l'intérieur de la cavité cranienne, sans brûler les cheveux du pourtour et sans noircir ni tatouer les mains qui étaient seulement ensanglantées, surtout la gauche.

Dans les autres cas, le lieu d'entrée de la balle se trouvait : 2° à l'angle antéro-supérieur du pariétal droit, à 1 centimètre en dehors de la suture sagittale et à 3 millimètres en arrière de la suture coronale droite ; 3° au niveau de la bosse pariétale droite ; 4° immédiatement en arrière de la base de l'apophyse mastoïde droite et 5°, sur le frontal, à 1 1/2 travers de doigt à droite du centre de cet os et à 1 travers de doigt en avant de la suture coronale.

Pour terminer, Haberda rapporte l'observation très curieuse d'un soldat qui s'était suicidé de nuit dans sa chambrée en appliquant son fusil au-dessous de la clavicule gauche; la mort fut immédiate. Les lits placés sur deux rangées laissaient un passage central. Les hommes étaient couchés de façon que leurs pieds étaient tournés vers les murs, tandis que leurs têtes étaient voisines du couloir médian et partant voisines d'une rangée à l'autre des lits.

Le projectile du suicidé, sorti au niveau du bord interne de l'omoplate gauche, alla frapper à la tête le soldat couché dans le lit correspondant de l'autre rangée et finalement blessa encore au bras son voisin. Le soldat atteint à la tête succomba au bout de six heures. Il avait, au niveau du pariétal gauche, un trou rectangulaire dont les côtés latéraux et le petit côté postérieur étaient obliques de dehors en dedans, représentant l'orifice d'entrée de la balle, tandis que le petit côté antérieur, correspondant au point de sortie du projectile, était taillé obliquement en sens inverse. De ce trou partaient en rayonnant cinq fractures de la voûte. J. B.

Meurtre d'enfant par ingestion de fragments d'éponge de toilette, par **Paul CAZENEUVE** (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXIX*, 62, *janvier* 1893).

Fait paraissant sans analogue en médecine légale.

Enfant de 5 mois mort subitement, seize heures après l'ingestion d'un potage au lait suivie de convulsions au bout de quatre ou cinq heures.

Exhumation sept mois plus tard. Tout examen anatomique était devenu impossible, le corps étant réduit à un squelette noyé dans une masse molle et putride où les organes étaient méconnaissables.

En recherchant (vainement) la présence d'arsenic ou d'autres poisons métalliques, Cazeneuve découvrit, dans la pulpe molle correspondant aux régions pectorale et abdominale, huit corps arrondis sur leurs bords, réniformes, d'un gris noirâtre, du volume de haricots surnageant le liquide, offrant une résistance élastique énergique, lorsqu'on voulait les couper avec le bistouri et, sur le point correspondant au hile, les traces d'une section nette; à la loupe, ils présentaient de petits alvéoles. Ces caractères, joints à l'insolubilité dans les acides étendus, la solubilité dans les liquides alcalins et le résidu siliceux de l'incinération, indiquaient qu'il s'agissait de fragments d'éponge.

Dans certaines localités, on tue les chiens et les chats en leur administrant des éponges frites dans l'huile. Le tissu de l'éponge résiste à l'action dissolvante des sucs gastrique et intestinaux, se gonfle et détermine une obstruction du tube digestif. La mort survient précédée d'efforts pour vomir et de convulsions. J. B.

Deux faits de médecine légale, par **COUTAGNE** (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXIX*, 65, *janvier* 1893).

1° *Mort subite par introduction de matières alimentaires dans les voies respiratoires.* — Fait remarquable vu son caractère exceptionnel, étant donné l'âge de la personne. L'ouverture de la cavité cranienne, que Coutagne a jugée inutile, constitue toutefois une lacune, à cause de l'obésité de la femme (*R. S. M.*, XXX, 172, et XL, 182).

Femme de 44 ans, atteinte depuis longtemps de quelques troubles digestifs; en se promenant peu après son déjeuner (comprenant des pommes de terre et des carottes), elle se sent indisposée et meurt au bout de peu d'instants, ayant de la cyanose de la face et des vomissements.

Autopsie : embonpoint accusé. Abdomen extrêmement distendu. Narines et arcades dentaires laissant voir des parcelles alimentaires. Œsophage et estomac remplis d'aliments qu'on rencontre aussi au-dessous de l'épiglotte, sur la glotte et, à partir de la bifurcation trachéale, dans les bronches qui, sur une longueur de 5 à 6 centimètres, sont littéralement obstruées par un bouchon de pâte alimentaire; on en retrouve encore, jusque dans les bronches de quatrième ordre. Poumons très volumineux, sans ecchymoses sous-pleu-

rales et remplis d'une sérosité mousseuse, analogue à celle des noyés. Un peu de surcharge graisseuse du cœur; myocarde ferme et rouge; valvules saines; sang liquide dans les cavités cardiaques; un peu d'adhérence à l'aorte ascendante. Adipose extrême de tous les organes intra-abdominaux; état graisseux du foie et du rein.

2° *Diphtérie vulvaire, ayant donné lieu à une accusation de viol.* — Fillette de 6 ans, malade depuis quatre jours et se plaignant avec persistance, depuis l'avant-veille, de douleurs dans les parties génitales. Un médecin, consulté la veille, avait admis l'inculpation de viol. Quand Coutagne fut appelé, l'enfant était à l'agonie; la poitrine pleine de râles, le pouls trop accéléré pour le compter. Vulve gonflée, écoulement sérosanguinolent entre les grandes lèvres; aucun signe de péritonite.

Autopsie : fausses membranes diphtéritiques sur les amygdales, les grandes et les petites lèvres et dans le vagin. Intégrité de l'hymen. Une sœur de l'enfant avait succombé peu de jours auparavant à la diphtérie. J. B.

Relation médico-légale de l'affaire Thomas (Avortements criminels multiples), par VIBERT (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXIX*, 71, *janvier* 1893).

Vibert a examiné 72 des femmes qui s'étaient fait avorter une ou plusieurs fois, par l'inculpée. Le procédé employé était celui de l'injection; la canule de l'injecteur à boule de caoutchouc était portée d'emblée au fond du vagin, avec une seule main, sans l'aide du speculum ni même du toucher préalable; l'injection était faite avec de l'eau ou une infusion quelconque.

Les manœuvres n'exigeaient pas plus de cinq minutes et n'occasionnaient jamais de douleurs, ni pendant l'introduction de la canule, ni pendant l'injection du liquide.

Toutefois 7 femmes ont été prises, immédiatement ou au bout de quelques minutes, de lipothymie, d'étourdissements et vomissements et l'une d'elle est morte subitement avant même l'injection; son autopsie a été complètement négative.

Chez plus de la moitié des femmes, l'écoulement sanguin a commencé dans les 24 heures et le plus souvent 6 à 8 heures après l'opération. Quatre ou cinq femmes ont seules été obligées de garder le lit plusieurs jours, mais Vibert a constaté chez 24, l'existence d'une métrite. J. B.

Ueber die durch Einwirkung äusserer Gewalt auf den Schaedel... (Des lésions et des affections du cerveau et des méninges résultant de traumatismes craniens), par MORITZ (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und oeff. Sanitw.*, 3e *série*, *III*, *p.* 237).

La mort après une blessure des parties molles ou des os du crâne doit être, alors même que la cause immédiate en est une complication accidentelle des plaies, telle qu'un érysipèle, considérée comme la suite de cette blessure, à moins qu'on ait pu démontrer que l'affection ayant occasionné directement la mort s'est développée complètement indépendante de la blessure.

Si l'on n'a pas connaissance des incidents et des phénomènes morbides qui ont précédé la mort, il est impossible d'établir, par les seuls résultats de l'autopsie, le diagnostic de commotion cérébrale comme cause de la mort. Le médecin légiste conclut à l'existence d'une commotion, quand la mort est survenue rapidement, que les commémoratifs

sont en faveur de cette idée, et que l'autopsie ne lui est pas contraire.

La commotion cérébrale se produit d'autant plus facilement que l'instrument vulnérant est plus lourd et qu'il a porté sur un plus grand espace des parois craniennes; aussi les instruments aigus y donnent-ils moins aisément lieu que les coups de poing et autres corps mousses.

La production d'une fracture, en absorbant une partie de la violence, diminue, toutes choses égales d'ailleurs, l'intensité de la commotion. Divers états morbides du cerveau, s'accompagnant de son affaiblissement et de son irritabilité, prédisposent à la commotion; il en est de même des boissons alcooliques.

Pour reconnaître, dans un cas donné, si c'est l'ivresse ou la commotion qui a été la cause de la perte de la connaissance et, éventuellement, de la mort consécutive, on tiendra compte, d'une part, de la quantité d'alcool consommé, de l'état de l'individu antérieurement à la blessure, et, d'autre part, des caractères et de l'évolution de cette blessure; mais, dans beaucoup de cas, il sera impossible de se prononcer avec certitude.

Les lacunes de la mémoire portant sur les circonstances de la blessure, ont une grande importance pour le diagnostic de la commotion cérébrale.

Il peut arriver que la perte de connaissance se produise, non au moment même de la blessure, mais un peu plus tard, par la frayeur qu'elle occasionne; la possibilité de ce fait ne doit pas être perdue de vue.

Une hémorragie méningée occasionnée par une violence portant sur le crâne ne survient pas toujours immédiatement; il peut même se passer un certain temps avant qu'elle se montre. De vastes hémorragies à la surface du cerveau ne sont presque jamais spontanées, et des vaisseaux sains ne se rompent jamais spontanément. Aussi y a-t-il lieu de regarder comme traumatique, toute hémorragie méningée, en l'absence d'affections vasculaires.

Pour décider si un épanchement sanguin dans la substance cérébrale est d'origine traumatique ou, au contraire, de cause interne, on s'appuiera sur les points suivants :

1° Les épanchements traumatiques siègent habituellement dans l'écorce, de sorte qu'en cas d'hémorragie cérébrale périphérique, on n'en admettra l'origine spontanée qu'autant qu'elle sera parfaitement démontrée.

2° Les hémorragies cérébrales traumatiques s'accompagnent généralement d'hémorragie méningée, ce qui n'est point le cas pour les hémorragies cérébrales spontanées.

3° La quantité de sang épanché est considérable dans l'épanchement traumatique, tandis qu'elle est relativement insignifiante dans l'épanchement spontané.

4° L'hémorragie cérébrale traumatique peut se produire avec des vaisseaux sains; l'hémorragie de cause interne est toujours la conséquence d'une affection des vaisseaux.

5° En cas de pachyméningite, donnant lieu à une hémorragie à la suite d'un traumatisme, il n'est jamais possible de dire d'une façon absolument certaine si l'hémorragie est spontanée ou causée par le traumatisme.

Pour apprécier l'âge d'un abcès et de certaines autres lésions mor-

bides intra-craniennes, les signes suivants ont une grande importance :

1° Plus un kyste est organisé, plus il est ancien. S'il est très dur et très épais, et que la mort soit survenue peu après la blessure, celle-ci n'est pas la cause de celui-là, surtout s'il existait auparavant des douleurs de tête ou quelque autre affection.

2° Les abcès accompagnés d'épaississement des méninges et de fongosités sont très anciens.

3° Une suppuration diffuse à la surface d'un hémisphère peut se présenter dans des inflammations aiguës et chroniques, mais elle n'est jamais aussi ancienne qu'une suppuration enkystée. Pour en apprécier l'âge, on recherchera la durée des phénomènes inflammatoires.

4° Le ramollissement, la carie, l'hydropisie, la transformation osseuse indiquent toujours des lésions de date ancienne.

Pour savoir si un abcès est de date plus ou moins récente, d'origine traumatique ou non, il y a lieu de scruter l'état de santé antérieur à la blessure, et de rechercher les signes de carie, d'otite, d'affection cérébrale, etc.

Le pronostic des blessures atteignant la base du crâne est généralement plus grave que celui des blessures portant sur d'autres régions craniennes; toutefois, il est rare qu'on puisse le préciser sûrement. Une blessure de la tête ne peut être indubitablement déclarée comme mortelle que si elle a, en fait, entraîné la mort.

Les paralysies motrices et l'aphasie consécutives aux traumatismes du crâne s'amendent le plus souvent avec le temps, mais cette amélioration est lente, et le pronostic toujours incertain. L'aphasie chez un sujet hystérique est généralement passagère.

Les troubles mentaux consécutifs aux traumatismes craniens sont toujours d'un mauvais pronostic.

En cas de névrose ou de psychose paraissant dépendre d'un traumatisme, il faut toujours étudier soigneusement l'état physique et mental antérieur à la blessure, et ne déclarer la névrose ou la psychose comme occasionnée par le traumatisme que s'il n'en existait pas trace auparavant. En cas de psychose, il y a en outre à rechercher s'il n'existait pas quelques signes de prédisposition, notamment la prompte fatigue intellectuelle, l'humeur fréquemment variable, la tendance aux congestions, l'intolérance pour l'alcool. J. B.

Ueber die Verschiedenheit gewisser Aetzwirkungen auf lebendes und todtes Magengewebe (Effets différents des caustiques sur les tissus de l'estomac pendant la vie ou après la mort), par Erich HARNACK (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 35, *p.* 865, 29 *août* 1892).

Quand on injecte, par la sonde œsophagienne, 5 centimètres cubes d'acide phénique pur dans l'estomac d'un chat qui vient de mourir et 6 centimètres du même liquide dans celui d'un chat plein de vie, on constate, à l'autopsie de ces deux animaux, des lésions très différentes de l'estomac. Chez le premier, toute la muqueuse gastrique est convertie en une masse escharifiée jaune, sans trace de structure, et de consistance coriace. Chez l'autre, elle n'offre qu'une tuméfaction veloutée et de l'hyperémie, n'ayant pas l'odeur d'acide phénique qui est intense

chez le premier chat. La muqueuse intestinale a le même aspect. En revanche, la muqueuse œsophagienne est presque complètement détruite par le caustique et offre la même consistance de cuir que la muqueuse gastrique du premier chat.

Harnack pense qu'il y a possibilité d'utiliser en médecine légale la connaissance de ces effets si différents.

Si la muqueuse gastrique, à l'autopsie d'une personne empoisonnée par un caustique, offre la consistance de cuir, il n'y a que deux explications possibles : ou bien le poison corrosif n'a été introduit que sur le cadavre, ou bien il a été ingéré à si haute dose que la mort est survenue avant résorption complète du toxique par les parois stomacales.

J. B.

Ueber die Fäulnissbakterien im Blute des menschlichen Leichnams, par **S. OTTOLENGHI** (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 3e *série*, *IV Supplément*, *p.* 9, *octobre* 1892).

Dans les cas de mort subite, on trouve sur le cadavre humain qui commence à se putréfier (quarante-huit heures après la mort, à une température de 4 à 8 degrés), les microorganismes suivants dans le sang de l'oreillette droite : bacilles mesentericus vulgaris, mesentericus fuscus et fuscus β, mesentericus ruber et ruber β, bacilles subtilis et subtilis β, micrococcus albus liquefaciens.

Sur les cadavres de lapin et de chien en putréfaction avancée (quarante-huit heures après la mort, à une température oscillant entre 18 et 22 degrés), dans le sang du cœur, on trouve, outre les microorganismes précédents, bacill. candicans, microcc. candicans, coque étoilé, microcc. luteus et microcc. aurantiacus ; sur le chien, en plus, bacill. albus cadaveris.

Les microorganismes des cadavres d'hommes et d'animaux agissent sur les matières albuminoïdes (viande, bouillie de maïs, etc.) comme des agents plus ou moins énergiques de putréfaction.

Comme dans divers cas de mort subite, à un stade donné de la putréfaction cadavérique, et dans certaines conditions de temps et de température, on retrouve constamment dans le sang d'une même partie du corps, les mêmes microorganismes, il est présumable qu'en multipliant ces recherches, on parviendra à établir une véritable chronologie microbienne de la putréfaction qui pourra servir à la médecine légale.

Aucun de ces microorganismes n'est pathogène, à l'exception du bacill. albus cadaveris. C'est sur la pomme de terre (dans le tissu de laquelle on les trouve normalement) qu'ils se développent le mieux.

Le bacill. mesentericus fuscus β a la forme de bâtonnets longs de 3 à 6 μ, larges de 1 à 2 μ, à extrémités ovales mousses, plus souvent réunis par deux, trois ou quatre, constituant de petites chaînes qui décrivent des lignes courbes, spirales ou droites, longues au plus de 10 μ. Ces bacilles sont mobiles. A partir du troisième jour, ils forment, sur l'agar surtout, de nombreuses spores grosses et ovales, libres pour la plus grande partie. Le b. mesenteric. fuscus β est à la fois aérobie et anaérobie ; les cultures anaérobies sont les plus luxuriantes et tendent à la forme arborescente. Sur l'agar et la pomme de terre, les cultures de ce bacille exhalent une odeur de fromage.

Le bacill. mesentericus ruber β est grêle, de 1 à 5 μ de long, pointu aux extrémités; les spores sont renfermées à son intérieur; elles apparaissent le deuxième jour. Les bâtonnets de cette variété sont réunis par deux, par quatre ou en chaînes; ils sont mobiles. Les cultures répandent l'odeur de fromage.

Le bacill. subtilis β a la forme de bâtonnets extrêmement minces, larges de 0,25 à 0,50 μ aux extrémités, de 0,50 à 1 μ dans la portion moyenne; parfois ils offrent la même gracilité dans toute leur longueur qui varie de 2 à 4 μ; ils peuvent être disposés en chaînes et donner des prolongements spiraliformes. Ils ne donnent pas de spores et répandent une odeur marquée de fromage, surtout dans les milieux liquides.

On trouvera dans l'original des renseignements bactériologiques très complets sur tous ces microorganismes de la putréfaction cadavérique.

J. B.

Zur Frage nach der Ursache des Todes... (Sur la cause de la mort après les brûlures étendues), par J. KIJANITZIN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. CXXXI*, 3).

Kijanitzin produit des brûlures étendues au moyen de l'eau à 70 ou 80 degrés centigrades ou avec de la benzine enflammée sur des chiens endormis avec le chloroforme. Pendant les cinq jours que les chiens vécurent avant d'être sacrifiés, on observa une dépression notable, de l'apathie et de la somnolence, accompagnées de l'abaissement de la température (33°,5), parfois de crampes, de diarrhée et d'hématurie.

Voici les résultats que donnèrent cent analyses du sang faites dans trente-cinq expériences : on trouve un poison (ptomaïne) dans le sang, les organes et l'urine. Cette ptomaïne, isolée par le procédé de Brieger, est une substance amorphe, jaunâtre, soluble dans l'eau et l'alcool, peu soluble dans la benzine et le chloroforme, insoluble dans l'éther.

Injectée à des grenouilles à la dose de $0^{gr},08$ ou $0^{gr},16$, cette ptomaïne produit de la somnolence, et, au bout de dix minutes, la paralysie de la respiration et celle des membres postérieurs. Le cœur cessait peu à peu de se contracter.

Quand on l'injecte aux lapins à la dose de $0^{gr},4$ à $0^{gr},5$, on voit se manifester un état somnolent analogue; au bout de quelques heures, la température tombe à 34°,5; la respiration diminue et le pouls devient insensible.

Vingt-quatre heures après l'injection, la mort survient avec une température de 33°,5. Sauf l'hyperémie de l'encéphale et des reins, on ne trouva rien à l'autopsie.

En couvrant le tiers de la peau d'un animal d'un enduit imperméable (gutta-percha, etc.), on détermine des symptômes cliniques semblables à ceux des brûlures.

Selon Kijanitzin, on provoque ainsi dans l'organisme des troubles de nutrition et des modifications dans les actes chimiques de la peau, qui donnent naissance à des principes toxiques amenant la mort de l'animal.

ÉD. RETTERER.

Ueber das falsche Lymph-Extravasat, par A. PALTAUF (*Prager med. Wochens.*, 1892, *n°* 33, *et Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 3e *série*, *V*, 208, *janvier* 1893).

A l'autopsie d'individus ayant succombé immédiatement ou très rapidement après des blessures graves, Paltauf a constaté des suffusions sanguines ou des imbibitions séreuses concordant avec les lymphorragies décrites par Lesser (*R. S. M.*, XXVI, 673) mais n'ayant rien de commun avec les extravasats de lymphe de Gussenbauer que Lesser identifie au contraire avec les lésions qu'il a signalées lui-même. Pour Paltauf, ces deux ordres de lésions sont bien distincts en ce que les premières dérivent d'un caillot sanguin bordé par une infiltration de sérosité, tandis que les autres sont formées uniquement ou presque uniquement d'un liquide séreux placé dans une cavité traumatique.

Paltauf a reproduit les lésions décrites par Lesser en fixant, dans la carotide d'un animal, une canule reliée au moyen d'un tube à une autre canule qui lui servait à introduire le sang carotidien dans le tissu cellulaire sous-cutané de cet animal. A l'instant même où le sang de cette canule arrivé dans une palette commençait à présenter la séparation du sérum et du caillot fibrineux, les extravasats artificiels présentaient déjà un caillot résistant au voisinage duquel le tissu cellulaire était humide, brillant, et un peu œdématié. Au bout d'une demi-heure, le caillot paraissait plus dense et plus sec et était entouré d'une zone, large au moins d'un centimètre, remplie d'un fluide jaunâtre, clair, non coagulé, et nettement délimitée d'avec le caillot; il était facile d'exprimer complètement ce liquide du tissu. Mêmes résultats en introduisant la canule dans le tissu cellulaire sous-cutané de cadavres humains. La preuve que le phénomène est bien sous la dépendance du travail de coagulation de l'épanchement sanguin, c'est que si l'on injecte sur un animal vivant du sang non coagulable, cette aréole séro-œdémateuse fait défaut.

Donc les prétendues lymphorragies consécutives à des blessures ayant rapidement entraîné la mort ne sont que des phénomènes de la coagulation sanguine.

D'autre part, la présence de ces imbibitions séreuses à l'entour d'extravasats, loin d'être un signe de réaction vitale, serait plutôt l'inverse parce que leur absence, qui peut tenir à la résorption du sérum sanguin, suppose alors une survie d'une certaine durée. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Clinique chirurgicale, par A. RICHET (In-8°. *Paris*, 1893).

Les cliniques réunies dans ce volume par Ch. Richet et Blum « n'ont pas la prétention d'être l'image complète de ce fécond enseignement. C'est un abrégé, un extrait ». La plupart de ces leçons ont été recueillies

par les élèves de A. Richet. Les unes sont inédites, les autres ont été déjà publiées dans divers journaux de médecine. Mais huit leçons importantes sur la scapulalgie ont été rédigées par A. Richet lui-même ; elles marquent une date dans l'histoire de cette affection.

Il faut signaler ensuite cinq intéressantes cliniques sur la blépharoplastie, la rhinoplastie et la cheiloplastie.

Puis les leçons depuis longtemps classiques sur les fractures de la jambe, sur la sensibilité récurrente, sur les fistules à l'anus et particulièrement sur les fistules pelvi-rectales supérieures.

La thérapeutique chirurgicale a subi de trop profondes transformations pour qu'il soit nécessaire de dire combien les indications opératoires ont changé depuis le moment où A. Richet professait la clinique chirurgicale ; mais les faits établis par l'observation restent tout entiers, et Ch. Richet et Blum ont fait, en publiant ces leçons, une œuvre utile pour les chirurgiens en même temps qu'ils rendaient un juste hommage à la mémoire d'un homme qui a occupé une place si considérable dans l'enseignement de la chirurgie. C. WALTHER.

Handgriff bei Erbrechen in der Narcose, par Bernhard JOOS (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 3, p.* 106, 1er *février* 1893).

Pour arrêter les hoquets et vomissements qui se produisent durant l'administration des anesthésiques, Joos recourt à la compression simultanée des nerfs phrénique et pneumogastrique.

Au-dessus de l'extrémité sternale de la clavicule gauche, il applique la phalange unguéale du pouce gauche placé parallèlement à la clavicule. Il exerce une pression énergique avec le bord radial de la phalange tandis que la paume de la main repose sur la paroi thoracique. Bien entendu, on peut tout aussi bien pratiquer avec le pouce droit la compression sur les nerfs du côté droit.

O. Naegeli emploie avec succès, depuis des années, le même moyen dans les mêmes circonstances et en outre dans les vomissements de la grossesse. Joos estime qu'il y aurait lieu de l'expérimenter contre le mal de mer (*R. S. M.*, XXVI, 523.) J. B.

Trente observations de chirurgie intra-cranienne, par JABOULAY (*Arch. prov. de chir., février et mars* 1893).

Après l'examen de trente cas de chirurgie intra-cranienne et l'étude des procédés opératoires, Jaboulay discutant la valeur de l'intervention admet que, dans certains cas, tels que ceux d'épileptiques essentiels, d'idiots microcéphaliques, de céphalalgies rebelles, etc., dans les cas, en un mot, où on ne croit pas à une lésion macroscopique, il ne sera pas nécessaire d'ouvrir la dure-mère. La trépanation n'agit que par action dynamique, par un mécanisme quelquefois incontestable, mais d'une nature ignorée. Dans d'autres cas, il faut inciser la dure-mère pour rechercher une lésion profonde. Sans cela comment évacuer un hématome, un abcès, un foyer de contusion cérébrale, extirper une tumeur, etc. Un cas fut suivi de bon résultat pour un tubercule cérébral sans incision de la dure-mère. Inversement une grande amélioration se montra après incision de la dure-mère dans un cas d'épilepsie jacksonnienne vraie, alors qu'on ne trouva aucune lésion.

De quelle façon agit la trépanation? Est-ce une action d'inhibition? L'auteur ne croit pas qu'il y ait une action mécanique et qu'elle supprime la compression, comme l'admettent la plupart des chirurgiens. Dans les épilepsies essentielles ou post-traumatiques, sans lésions macroscopiques, c'est par l'inhibition qu'elle agit, de même dans certaines tumeurs du cerveau. Cette inhibition peut se réaliser sans l'incision de la dure-mère.

Dès lors, l'auteur se demande si l'on ne devrait pas traiter de même les tumeurs du centre et de la base.

Leur diagnostic n'est pas impossible, et on aurait une indication opératoire.

La valeur de la trépanation augmente dans les cas de tumeurs superficiellement placées et qui peuvent être extirpées. On obtient la cessation des accès d'épilepsie, des douleurs, des paralysies. Il est parfois impossible d'extirper complètement et on laisse des parcelles de la tumeur.

L'ouverture de la dure-mère sera indiquée dans les cas d'affections avec augmentation du liquide céphalo-rachidien, les méningites, la paralysie générale, les apoplexies séreuses, etc.

Les maladies localisées primitivement à un seul système anatomique, comme les méningites séreuses, sont moins graves que celles qui englobent d'emblée toute la masse intra-cranienne, comme les traumatismes après fracture, les plaies par armes à feu.

Les maladies localisées à un seul système anatomique, comme les méningites à leur début, donnent plus de prise à une action chirurgicale que les affections moins étendues en surface, mais plus profondément situées.

Comme méthode opératoire, l'auteur préconise la trépanation bilinéaire avec travée volante intermédiaire. C'est, en somme, une méthode avec réimplantation de la pièce osseuse. F. VERCHÈRE.

L'autoplastie cranienne, par CHIPAULT (*Gaz. des hôpit.*, 22 *et* 29 *juillet* 1893).

Dans cette revue, Chipault décrit un procédé nouveau de résection temporaire, qui lui paraît préférable au procédé de Wagner et aux modifications apportées à ce procédé, par sa simplicité, par les moindres secousses qu'il imprime au crâne, enfin par la possibilité qu'il donne d'éviter les inconvénients des grandes pertes de substance cranienne, même lorsqu'on veut assurer la décompression permanente du cerveau.

On taille les parties molles suivant trois côtés d'un trapèze. Le long des deux incisions verticales, on décolle le périoste en dehors et en dedans, et on ouvre l'os par un fossé que l'on commence par une rondelle de trépan et que l'on continue soit avec de nouvelles couronnes de trépan, soit avec la pince-gouge, etc. Les deux fossés faits, on attaque l'os, entre ses deux extrémités supérieures, au ciseau; ces coups de ciseaux partent d'une perforation cranienne déjà faite, et peuvent être appliqués chaque fois sur toute l'épaisseur du crâne, dont on aura auparavant fait sauter la table externe, toujours à coup de maillet; quant au pédicule, il sera coupé comme dans la méthode de Wagner.

On a ainsi un lambeau ostéo-périostéo-cutané, relevable, puis rabat-

table. Après le rabattement, il reste à droite et à gauche, deux orifices craniens longitudinaux permettant la décompression persistante du cerveau, sans qu'on ait à craindre les hernies ou les autres accidents des larges ouvertures craniennes. MAUBRAC.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la dure-mère, par DELAGENIÈRE (du Mans) (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 93, *février* 1893).

Les tumeurs perforantes du crâne, quelle que soit leur nature, ont une évolution spéciale. Dans la majorité des cas, elles naissent de la face externe de la dure-mère, décollant cette membrane des os du crâne, perforant ensuite le crâne pour s'étaler sous les téguments qu'elles finissent par perforer également. Au point de vue anatomique, on peut leur considérer : un pédicule ou base avec une portion intra-cranienne réfléchie, un collet qui répond à l'ouverture du crâne et une portion sous-tégumentaire intra-cranienne. Au point de vue chirurgical, ces tumeurs sont des tumeurs pédiculées, dont le pédicule est implanté sur une portion de la dure-mère, de sorte qu'en enlevant cette portion à la dure-mère, la tumeur se trouve enlevée dans sa totalité.

Pour faire cette opération, il faut découvrir la portion extra-cranienne de la tumeur par une vaste incision en U, puis réséquer cette portion extra-cranienne; agrandir l'ouverture du crâne jusqu'aux limites du décollement de la dure-mère; extirper par morcellement toute la tumeur mise à nu; enfin réséquer toute la portion de la dure-mère qui a été décollée.

Dans l'observation qui sert de point de départ au travail de l'auteur, il s'agissait d'un sarcome angiolithique examiné histologiquement par Pilliet. F. VERCHÈRE.

Two cases of trephining for intra-cranial hæmorrhage, par ELLIOT (*Boston med. and surg. Journal*, 9 *février* 1893).

Le premier cas concerne un homme tombé dans le coma à la suite d'une chute sur la tête. Il s'agissait d'une fracture linéaire commençant à l'éminence pariétale et se dirigeant vers la base du crâne. Le malade fut trépané, sans narcose préalable, juste au-dessus de l'oreille, et l'on découvrit un caillot gros comme le poing. L'artère méningée moyenne, qui donnait du sang, fut liée, et le caillot enlevé avec les doigts et une cuillère. Le cerveau ne revenant pas sur lui-même, la vaste cavité entre la dure-mère et le crâne se remplit de nouveau de sang et l'hémorragie ne cessa qu'après tamponnement de la cavité avec de la gaze. La guérison fut rapide et complète.

Le deuxième cas est celui d'un homme ayant reçu un coup de pied de cheval à la tête. Sur le côté droit du crâne, à 6 centimètres au-dessus de l'oreille, le traumatisme avait déterminé un enfoncement de 25 millimètres de diamètre sur 18 millimètres de profondeur. Les fragments osseux enlevés, la dure-mère apparut saine; elle fut incisée; une grande quantité de sang s'écoula alors. Tamponnement avec de la gaze de l'espace compris entre les méninges et les circonvolutions. Guérison complète en quelques semaines.

CART.

Ein weinterer Beitrag zur Casuistik der Spina bifida occulta mit localer Hypertrichose, par G. **JOACHIMSTHAL** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXI*, 3).

Joachimsthal décrit trois cas de spina bifida occulta accompagnés d'hypertrichose locale.

1° Une petite fille de 7 ans présente dans la région lombaire un champ couvert de longs poils. A cet endroit, il existe une fente dans le canal vertébral; les apophyses épineuses sont bien conformées jusqu'à la quatrième vertèbre lombaire; mais à la place de l'apophyse épineuse de la cinquième lombaire l'arc vertébral présente une fissure admettant le petit doigt.

2° Homme de 37 ans souffre depuis trois ans de violentes douleurs névralgiques dans la région lombaire. L'examen montre à ce niveau la présence d'un champ couvert de longs poils et la palpation permet de reconnaître l'absence de l'apophyse épineuse de la cinquième lombaire. A sa place on trouve une fissure admettant également le petit doigt.

3° Il s'agit ici d'une jeune fille de 20 ans, présentant sur le dos un développement de poils tel qu'elle reçut le nom de *dame à la crinière de cheval*. Les poils, qui atteignent une longueur de 27 centimètres, couvrent une région de 13 centimètres environ occupant la partie supérieure du dos (région thoracique). Les apophyses épineuses sont normales jusqu'à la deuxième vertèbre thoracique; mais à la place des deuxième et troisième apophyses épineuses thoraciques existent deux fissures, comblées par une masse de consistance cartilagineuse. Les quatrième et cinquième vertèbres thoraciques présentent une fissure semblable, quoique moins large. La sixième vertèbre thoracique est pourvue d'une apophyse épineuse, très large et dont le milieu présente un méplat. La trichose cesse au-dessous de cette dernière vertèbre.

ED. RETTERER.

Contribution à l'étude des tumeurs congénitales d'origine parasitaire de la région sacro-coccygienne, par **CALBET** (*Thèse de Paris*, 1893).

Calbet range tous les néoplasmes congénitaux de cette région en deux groupes. Le premier comprend les productions, qui résultent d'une anomalie de développement; dans le second se rangent toutes les tumeurs décrites sous les noms de: monstruosités parasitaires, inclusions fœtales, tératomes, tumeurs complexes, etc.

Dans un chapitre critique très détaillé l'auteur discute la pathogénie de ces dernières et sa conclusion est qu'elles sont dues à un embryon anormalement développé et vivant en parasite sur un frère jumeau, ordinairement bien conformé.

Ces tumeurs, assez rares, siègent, par ordre de fréquence, sur la face antérieure du sacrum et du coccyx, à la pointe du coccyx et sur la face postérieure du sacrum, et s'observent plus souvent sur les filles. Elles ont toutes une structure similaire, tout en offrant une apparence plus ou moins complexe.

Relativement à leurs symptômes, elles offrent des caractères variés, dont quelques-uns, les déviations des orifices naturels, sont particuliers.

D'un pronostic grave, ces tumeurs doivent être enlevées, toutes les fois que cela est possible.

OZENNE.

A case of nerve grafting, par **HEATH** (*The Lancet*, *p.* 1194, 20 *mai* 1894).

Une femme de 21 ans portait depuis deux ans une tumeur au côté

interne du bras droit. Cette tumeur était dure, élastique, douloureuse à la pression, avec irradiation dans la main; aucun signe de paralysie.

Opération le 6 janvier; la tumeur, développée dans le nerf radial, était un fibro-sarcome, et on dut réséquer le nerf dans la longueur de 1 pouce et demi; les deux bouts étant trop éloignés pour être suturés, on les abandonna dans la plaie; ils étaient distants de 2 pouces environ. Les parties innervées par le radial furent aussitôt frappées de paralysie.

Le 9 janvier, la plaie est ouverte de nouveau, et les extrémités du nerf radial divisé sont isolées et avivées. On prend alors 2 pouces et demi du nerf tibial postérieur d'une jambe qu'on vient d'amputer, et ce fragment est suturé aux extrémités du nerf radial.

Le septième jour, on notait une diminution de l'anesthésie sur le dos de la main, mais l'amélioration ne parut pas s'accentuer et, le vingt-septième jour, on notait la réaction de dégénérescence dans les muscles innervés par le radial; enfin, les troubles de dégénération s'accentuèrent dans les jours qui suivirent (coloration bleue, sensibilité exagérée de la peau, petite ulcération, etc.). MAUBRAC.

Skin grafting upon the cranium, par SCHAEFER (*Journal of the Americ. med. Association*, 11 *février* 1893).

S. ayant eu l'occasion d'observer une femme de 24 ans qui à la suite d'un accident de machine avait été littéralement scalpée, le cuir chevelu ayant été arraché des sourcils à la nuque, et de la traiter avec succès par les greffes épidermiques, put ainsi étudier minutieusement le processus réparateur. Dans l'espace de quelques mois 4,500 greffes furent faites. Voici les conclusions de ce chirurgien : lorsque les greffes sont faites à 5 millimètres les unes des autres, elle produisent une peau plus forte que lorsqu'elles sont faites à de plus grandes distances. Une greffe de 3 millimètres de diamètre s'accroît jusqu'à former un lambeau de peau grand de 18 millimètres, mais la peau ne sera ni aussi forte ni d'aussi bonne qualité que lorsque les greffes sont plus rapprochées. Les greffes dermiques avec quelques fibres de tissu conjonctif forment une peau douce, souple et mobile présentant les caractères des téguments normaux. Les greffes épidermiques faites sur le crâne donnent une mince pellicule qui souvent s'ulcère. Des greffes prises sur une personne ayant à peu près le même âge que le patient sont préférables à celles fournies par des gens plus âgés et plus jeunes. Si le patient est sain, les greffes auto-dermiques sont préférables aux greffes hétéro-dermiques. Avec les greffes dermales, les follicules sont conservés, d'où il résulte une peau plus naturelle. La meilleure peau est formée par des greffes faites à la circonférence de la plaie sur une ou deux rangées produisant une bande de un centimètre environ de largeur. Il faut alors attendre jusqu'à ce que le lambeau ainsi obtenu soit bien pourvu de vaisseaux avant de planter une nouvelle série de greffes près des tissus de néo-formation. La nouvelle peau est nourrie par les tissus sur lesquels elle se forme, probablement par osmose, mais dépend pour son existence durable des vaisseaux de nouvelle formation qui l'irriguent, venant des tissus périphériques. Toutes choses égales d'ailleurs, les greffes existeront mieux sur une plaie récente que sur une plaie ancienne. CART.

A successful case of intraperitoneal ligation of the internal iliac artery, par WHERRY (*The Lancet*, *p.* 136, 15 *juillet* 1893).

Un homme de 21 ans portait depuis neuf mois une tumeur pulsatile volumineuse à la partie postéro-supérieure et externe de l'os iliaque gauche. Deux ponctions avaient ramené du sang pur. Survinrent dans les derniers temps des douleurs très vives assez semblables aux douleurs de la sciatique.

La tumeur étant trop volumineuse et trop vasculaire pour être extirpée, on se décida à lier l'artère iliaque interne. On fit une incision de l'ombilic au pubis. La veine, très volumineuse, très distendue, apporta une grande gêne à l'opération : elle fut blessée et devint cause d'un écoulement sanguin qui cessa aussitôt après la ligature de l'artère iliaque interne ; pour plus de sécurité une ligature fut également jetée sur la veine. Guérison sans accident.

La tumeur diminua aussitôt et les pulsations cessèrent. La douleur disparut également. MAUBRAC.

Transperitoneal ligature of the right external iliac artery, par MAKINS (*The Lancet*, *p.* 196, 22 *juillet* 1803).

Le malade, un charpentier, était âgé de 30 ans. En septembre 1892, Makins lui avait lié l'artère iliaque externe, par la méthode transpéritonéale, pour un anévrisme inguinal gauche. Bientôt se développa sur l'artère iliaque externe droite, au-dessus du ligament de Poupart, un nouvel anévrisme qui s'accompagna de violentes douleurs.

Le 3 mai 1893, Makins fait une incision de quatre pouces, sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic : le péritoine est incisé sur l'artère, puis récliné en deux lambeaux; sur l'artère on place une ligature double, et le péritoine est suturé au-dessus de l'artère. Pas d'accident consécutif.

Le troisième jour, les pulsations reparurent dans la tibiale antérieure, et le huitième jour dans la tibiale postérieure : l'anévrisme était devenu dur, très petit, sans battement.

L'opéré a repris son métier de charpentier. MAUBRAC.

Ueber die Stichverletzungen der Schlüsselbeingefaesse, par J. ROTTER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 12, *p.* 279, 20 *mars* 1893).

Homme de 26 ans, ayant reçu un coup de couteau dans la fosse sous-claviculaire gauche. A 3 centimètres au-dessous de la portion moyenne de la clavicule gauche, plaie transversale, à bords nets, longue de 2 centimètres et large de 1/2. Légère saillie de la région, qui est animée de battements et transmet à la main un frémissement. Avec le stéthoscope, on perçoit un souffle continu, bruyant, renforcé pendant la systole. Le même bruit se perçoit, moins intense, d'une part jusqu'à la région de l'oreillette droite, d'autre part, tout le long des vaisseaux du membre supérieur gauche, jusqu'au poignet. Pouls radial gauche plus faible. Diagnostic d'anévrisme artérioso-veineux sous-clavier; le blessé refuse de se laisser opérer.

Le dixième jour, pendant le sommeil, hémorragie énorme. Ligature préalable de l'artère sous-clavière et de la transversale du cou, au niveau du bord externe du scalène antérieur. Incision coupant en travers la plaie : au-dessous de l'aponévrose coraco-claviculaire, cavité ayant les dimensions d'un œuf, placée directement derrière la clavicule et remplie de caillots et de sang fluide. Cette incision ne permettant pas de mettre à découvert les vaisseaux lésés, Rotter la tamponne avec de la gaze, réunit par une incision longitudinale les deux incisions sus et sous-claviculaire, résèque la clavicule puis sectionne le muscle sous-clavier. Double ligature de l'artère et de la veine

sous-clavières. L'orifice veineux admettait l'extrémité de l'index ; la plaie de l'artère ne put être aperçue. L'opération, faite la nuit, avait duré une heure. Tamponnement de la cavité avec de la gaze iodoformée. Suspension du bras gauche, qui était froid et sans pouls. Injections de camphre. Lavements d'eau normale chaude. Dès le lendemain matin, la main gauche avait repris sa chaleur Guérison apyrétique. Dix-sept jours après la ligature des vaisseaux blessés, suture des deux tronçons de la clavicule avec des fils d'argent. Le pouls n'a pas reparu dans l'humérale ni dans la radiale gauches.

Les plaies de l'artère sous-clavière, par instruments piquants, sont très rares. Rotter n'en a trouvé que 12 cas dans la littérature.

Leur diagnostic est souvent plus difficile qu'on ne croirait. On est rarement témoin de l'hémorragie immédiate si profuse, et le jet saccadé artériel est rapidement remplacé par un écoulement continu de sang foncé. L'épanchement sanguin dans le tissu conjonctif avoisinant est énorme, beaucoup plus considérable que quand il y a blessure simultanée de la veine sous-clavière (5 fois sur 13).

Leur pronostic est très grave et dépend des hémorragies secondaires ; 6 fois sur 13 celles-ci ont manqué et les blessés ont guéri avec un anévrisme traumatique. Des 7 blessés qui ont eu des hémorragies secondaires, le seul qui ait survécu est précisément le malade de Rotter.

Voici le traitement des plaies artérielles sous-clavières conseillé par Rotter.

Si l'on est appelé immédiatement, suturer exactement la plaie cutanée pour permettre le transport du blessé à l'hôpital, où l'on s'empressera de faire la ligature, sans attendre l'apparition des hémorragies secondaires. On liera d'abord l'artère au-dessus de la clavicule, afin de n'être pas gêné par l'hémorragie dans la recherche du point de l'artère lésée ; on liera ensuite ce vaisseau au-dessus et au-dessous de la plaie, après résection temporaire de la clavicule et section du sous-clavier.

Alors même qu'on lie en même temps la veine, la gangrène du membre supérieur est exceptionnelle (*R. S. M.*, XXVI, 697). J. B.

Subcutaneous salt-injections for hæmorrage, par THAYER (*Boston med. and surg. Journal*, *juillet* 1893).

Un homme de 27 ans, entre en novembre 1892 au Maine General Hospital, Portland, atteint de fièvre typhoïde. Sans symptômes prémonitoires, il eut une abondante hémorragie intestinale. Le pouls devint imperceptible, il survint des sueurs profuses, de la pâleur de la face et le malade tomba dans le collapsus. L'ergotine, la digitale, la glace sur l'abdomen n'eurent aucun résultat favorable. Thayer se décida alors à injecter au malade une solution à 1 1/2 0/0 de chlorure de sodium et le fit de la manière suivante : au moyen d'un irrigateur rendu bien aseptique à l'extrémité du tube duquel une aiguille de Dieulafoy avait été fixée, la peau nettoyée à l'eau phéniquée, il fit dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse, dans l'espace de 15 minutes, et en ayant soin de masser continuellement la région, une injection de 800 grammes de la solution chlorurée. Quelques instants plus tard, la même manœuvre fut recommencée à l'autre cuisse. Moins d'une 1/2 heure après, le pouls redevenait perceptible. La guérison du malade fut complète. CART.

Traitement des plaies de poitrine et des abcès pleuraux après rabattement d'un large volet thoracique, par DELORME (7e *Cong. fr. chir. Bulletin méd.*, 5 *avril* 1893).

Cette opération, qui consiste dans la formation d'un large volet thoracique comprenant des parties molles et des parties de côtes, s'exécute ainsi : de la 3e à la 6e côte inclusivement, on trace un lambeau à base postéro-supérieure adhérente par une incision représentant les trois côtés d'un rectangle. Il s'étend de deux travers de doigt en dehors du bord du sternum à la saillie du bord axillaire de l'omoplate.

On coupe ce lambeau au ras des côtes, puis, à ses limites antérieures on sectionne chaque côte avec l'espace intercostal; les artères intercostales sont prises entre deux pinces. En arrière les côtes sont sectionnées longitudinalement ou réséquées dans une faible étendue avec conservation des muscles intercostaux, des vaisseaux et des nerfs. Cela fait, au ras des bords supérieurs des côtes limites, on libère le volet en haut et en bas, jusqu'au niveau de sa base, puis on lui fait faire bascule et on l'ouvre en dehors; l'intérieur de la cavité thoracique est ainsi largement découvert.

Delorme a appliqué ce procédé sur plusieurs malades. Dans un cas il s'agissait d'un abcès tuberculeux intra et extra-thoracique; le foyer a été mis à nu et, avec les ciseaux et le bistouri, la paroi de l'abcès, épaisse d'un centimètre, a été facilement disséquée.

Le deuxième malade, ainsi traité, était atteint d'une hémorragie traumatique due à la blessure d'artères du poumon et du péricarde. La poitrine ouverte après rabattement du volet, trois plaies pulmonaires furent saisies avec des pinces et sur l'une d'elles on appliqua une ligature au moyen d'une soie double passée à travers le poumon. Une ligature semblable fut placée sur une artère du péricarde. L'hémorragie fut arrêtée, mais celle-ci ayant été très abondante, le blessé succomba épuisé.

Chez un troisième malade, qui présentait une large cavité pleurale persistante après un empyème, l'opération projetée ne put avoir lieu, le malade étant mort sur ces entrefaites. Mais elle fut exécutée sur le cadavre; la fausse membrane pulmonaire très épaisse et dure comme du cuir fut décollée et la surface du poumon libérée. Il est à présumer que dans pareil cas le poumon reprendrait sa place et comblerait ainsi la cavité. OZENNE.

A case of pneumonectomy, par D. LOWSON (*Brit. med. j., p.* 1152, 3 *juin* 1893).

Femme de 34 ans, toussant et maigrissant depuis six mois, avec de la fièvre hectique le soir et des signes non douteux d'induration tuberculeuse du sommet du poumon droit. L'auteur propose la résection de l'organe malade qui est acceptée. Opération le 14 février. Incision antérieure partant du sternum en suivant la deuxième côte. Dissection des parties molles, résection de la côte et mise à nu de la plèvre. Cela fait, l'auteur ponctionne la séreuse et pousse lentement dans la cavité pleurale de l'air stérilisé, de façon à provoquer le collapsus du poumon. Cette opération s'exécute sans provoquer de dyspnée ni de cyanose. Après quoi, on sectionne la plèvre et on détache les adhérences du poumon, de façon à faire sortir par la plaie le sommet du poumon, que l'on traverse de deux grosses aiguilles, de façon à le lier et à supprimer toute hémorragie; finalement, on résèque toute la partie malade, que l'on panse à l'iodoforme, et l'on replace le poumon mutilé dans la cavité thoracique. La plaie est refermée, suturée et non drainée.

Suites opératoires régulières. Le quatrième jour, pleurésie sèche légère

du côté gauche, qui cède à quelques révulsifs. A la fin de la deuxième semaine, accès fébriles puerpéraux qui font craindre le développement d'une tuberculose miliaire; il ne s'agissait que d'une collection sanguine de la plèvre, qui fut aspirée et qui ne laisse pas de traces momentanément. Mais secondairement il se développa une collection purulente qui nécessita l'empyème. La guérison finit par s'établir dans la première quinzaine de mai; il restait encore une fistule donnant quelques grammes de pus. H. R.

I. — Beitrag zur Technik der Gastrostomie bei Œsophagusstenosen, par W. von NOORDEN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 1, *p.* 6, 2 *janvier* 1893).

II. — Nachtrægliche Bemerkungen zur Witzel'schen Methode der Gastrostomie, par MIKULICZ (*Ibidem*, *p.* 11).

I. — Relation de cinq gastrostomies faites par Mikulicz selon le procédé décrit par Witzel (*Centralblatt. f. Chirurg.*, 1891, n° 32.)

Pour éviter le reflux des aliments par la fistule stomacale, Witzel conseille d'opérer comme suit : Après incision de la paroi abdominale, au-dessous du rebord costal et parallèlement à lui, on attire dans la plaie la paroi antérieure de l'estomac. Ensuite, on forme sur cette paroi stomacale deux plis longitudinaux, très obliques de gauche à droite et de bas en haut ; à l'aide de quelques points de Lembert, on unit l'un à l'autre ces deux plis par-dessus un tube de caoutchouc de la grosseur d'un crayon, après qu'on a préalablement fait pénétrer dans l'estomac l'extrémité inférieure du tube à travers un trou, aussi petit que possible, percé à l'extrémité postérieure de la gouttière constituée par les plis rapprochés. Par de nouvelles sutures, on réunit alors les plis sur une plus grande largeur. Le second temps de l'opération consiste en une suture en couronne de l'estomac à la paroi abdominale, de manière que tout le terrain opératoire soit situé en dehors du péritoine. Enfin, l'on referme la plaie pariétale, par l'extrémité interne de laquelle fait saillie le tube de caoutchouc.

Witzel recommande, en outre, quand on incise les parois abdominales, de tenir compte de la direction des fibres des muscles sectionnés pour que leur rétraction n'ait pas de fâcheuses conséquences ; on fera bien de couper les muscles droit et transverse parallèlement à leurs fibres, parce qu'une fois revenus à leur position normale, ils contribueront à maintenir en place le tube en le pressant dans deux sens opposés.

Le premier des opérés de Mikulicz ayant succombé six mois plus tard à une perforation de l'aorte par le cancer œsophagien, on eut l'occasion de voir les changements survenus dans le trajet fistuleux créé aux dépens des parois séreuse et musculeuse de l'estomac. Les orifices externe et interne de la fistule ne présentaient aucune trace d'irritation. La muqueuse gastrique offrait de nombreux plis concentriques autour de l'orifice et débordant en partie sur lui. Le canal fistuleux avait une longueur totale de $2^{cm},6$; ses deux orifices étant placés perpendiculairement l'un au-dessus de l'autre. On n'apercevait pas de plissement à la face externe de l'estomac. Donc, depuis l'opération, le trajet créé oblique s'était redressé et raccourci, sans que jamais il y ait eu incontinence des matières introduites dans l'estomac, ni nécessité d'augmenter le calibre du drain.

II. — Mikulicz a, depuis la publication de von Noorden, eu recours dans plusieurs nouveaux cas de rétrécissement infranchissable de l'œso-

phage, à la gastrostomie de Witzel, dont il se loue de plus en plus. Dès l'origine, l'occlusion de la bouche stomacale a été si parfaite qu'il ne s'est pas écoulé une goutte du contenu gastrique à côté du drain. Un de ses derniers opérés ayant succombé au bout de vingt-six jours à une perforation de la trachée par le cancer, il a constaté l'état de choses suivant. Le canal artificiel renfermant le tube proéminait à l'intérieur de l'estomac sous forme de bourrelet ; la pression intra-stomacale tendait donc à en obturer les parois, constituant une sorte de soupape. Lorsqu'avec le temps, le canal perd son obliquité, ce sont les plis de la muqueuse gastrique qui agissent alors de la même façon sur l'orifice interne de la fistule.

Mikulicz fait ressortir les avantages tout particuliers de ce mode opératoire, lorsqu'il s'agit, comme chez son 4e opéré, d'un rétrécissement cicatriciel où la fistule n'a qu'une utilité temporaire. En suivant les préceptes de Witzel, on est dispensé de toute opération secondaire pour obturer la fistule qui se ferme spontanément. J. B.

De la gastro-entérostomie pour dilatation simple de l'estomac et pour cancer, par JEANNEL (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 29, *janvier* 1893).

Pour donner les résultats qu'on est en droit d'attendre de la nouvelle indication opératoire posée par Jeannel, il faut que l'intervention soit hâtive, par suite il est nécessaire que le diagnostic soit établi de bonne heure entre la dilatation simple et le néoplasme pylorique ou gastrique ; la dyspepsie, l'ulcère le simule pendant longtemps, et lorsque les signes deviennent suffisamment clairs, il est déjà trop tard pour que l'intervention chirurgicale soit curative ou seulement palliativement efficace. C'est à l'étude du chimisme stomacal qu'on doit avoir recours pour établir ce diagnostic. C'est seulement dans l'hypertrophie essentielle du pylore que l'acide chlorhydrique paraît régulièrement manquer.

Dans les deux observations publiées, cet examen permit de reconnaître le cancer chez l'un des malades, la simple dilatation avec atonie absolue chez l'autre. Par un fatal concours de circonstances, les deux malades furent trop tardivement opérés : ils moururent ; mais ce qu'il importe de retenir et ce qui constitue l'intérêt pathologique des deux observations, c'est qu'en l'absence de toute tumeur perceptible le diagnostic a pu être ici exactement posé de très bonne heure, et ce qui en constitue l'intérêt clinique, c'est que, s'il eût été possible au chirurgien d'intervenir le jour où le diagnostic a été établi, les opérés eussent survécu et eussent tiré de l'intervention un légitime bénéfice. Ni l'un ni l'autre n'a succombé à une complication opératoire. F. VERCHÈRE.

Abcess due to perforating gastric ulcer, par G. PENROSE et Lee DICKINSON (*Brit. med. j.*, *p.* 118, 21 *janvier* 1893).

Résumé de dix observations d'abcès circonscrits de la portion supérieure de l'abdomen consécutifs à la perforation de l'estomac par un ulcère rond. On trouve en pareil cas la plupart des signes du pneumothorax, mais le siège est différent. Il y a de la sonorité tympanique, du souffle amphorique, du tintement métallique au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre gauche. Le poumon gauche, dans son lobe inférieur,

est comprimé, avec ou sans épanchement pleural : la pointe du cœur est ordinairement déplacée. Enfin, on entend parfois des bruits qui simulent des frottements pleuraux ou péricardiques. Le diagnostic est en général facile, sauf quand existent des complications d'empyème ou de pyopneumothorax.

Les limites de l'abcès sont assez constantes, ce sont la concavité du diaphragme, à droite, le ligament falciforme du foie ; en avant, la paroi abdominale ; en arrière et en bas, le lobe gauche hépatique adhérent à la paroi abdominale ; à gauche, l'extrémité cardiaque de l'estomac, le diaphragme et la rate.

Warrington Havard relate l'histoire d'une femme arrivée avec tous les signes d'une perforation gastrique. On ouvre l'abdomen, d'où s'échappent des gaz et des aliments et on trouve un ulcère placé à la paroi postérieure de l'estomac. Après des essais infructueux de résection de la paroi gastrique et de suture, il se décide à établir une fistule entre l'estomac et la paroi abdominale. La malade, un mois après l'opération, est en voie de guérison.

W. Spencer a vu un malade avec une tumeur sous-diaphragmatique communiquant avec un ulcère de la petite courbure de l'estomac. La cavité fut drainée et guérie.

S. West regarde comme très hypothétique la localisation de ces abcès, qui souvent fusent au delà du foie ou vers les intestins. D'ailleurs, un abcès peut se faire par propagation d'une lésion gastrique sans qu'il y ait perforation ulcéreuse, ce qui accroît la difficulté du diagnostic.

Pearce Gould insiste également sur les cas où l'abcès né de l'estomac fuse vers le diaphragme, le traverse et forme une seconde collection sus-diaphragmatique. L'opération risque alors d'être incomplète. H. R.

Ein bemerkenswerther Fall von Gastroenterostomie (Un cas remarquable de gastro-entérostomie), par ALBERT (*Wiener med. Wochenschr.*, *n°* 1, *p.* 1, 1893).

Un homme de 53 ans, après avoir ressenti quelques douleurs dans l'hypochondre, avait été pris subitement, il y a près de 17 ans, d'une perte de connaissance, puis de melœna. Il fut traité d'abord à Carlsbad pendant quatre ans de suite pour de la lithiase biliaire, puis pour un ulcère stomacal. En 1883, il eut des vomissements noirs et on diagnostiqua un rétrécissement cicatriciel du pylore avec dilatation consécutive de l'estomac. A ce moment, en seize mois, de 73 kilos, il tomba à $44^k,7$. Il se soutint tant bien que mal jusqu'au mois de mai 1892, époque à laquelle Albert lui pratiqua une gastro-entérostomie en abouchant la première anse du jéjunum dans la paroi postérieure de l'estomac.

Le résultat fut excellent; le malade s'alimenta progressivement ; les selles redevinrent spontanées, ce qu'elles n'étaient plus depuis des années ; l'appétit reparut et en quatre mois, de $42^k,3$, le malade était revenu au poids de 70 kilogrammes. LEFLAIVE.

The treatment of perforated gastric ulcer..., par Gilbert BARLING (*Brit. med. j.*, *p.* 1258, 17 *juin* 1893).

Relation de trois cas de perforation de l'estomac par un ulcère, ayant nécessité une opération chirurgicale.

1° Dans le premier, il s'agit d'une fille de 22 ans, atteinte de symptômes subits de péritonite, sans phénomènes de gastrite préalable. Laparotomie, lavage du péritoine. Mort vingt-cinq heures après sans qu'on ait trouvé la

cause de la péritonite. A l'autopsie, ulcère de la face antérieure de l'estomac.

2° Fille de 20 ans, atteinte trois ans auparavant de gastrite ulcéreuse. Arrive à l'hôpital avec des symptômes de péritonite datant de deux jours. Laparotomie, lavage du péritoine, suture de l'estomac au niveau de la perforation. Mort en trente heures, avec du pus dans le petit bassin et des lésions de péritonite diffuse.

3° Femme de 29 ans, ayant présenté des signes de gastrite. Le 7 mai, absorption d'un repas indigeste. Le lendemain, douleur violente et sensation de défaillance, météorisme, douleur intolérable à l'hypochondre gauche. Suppression de toute nourriture et injection de morphine qui soulage la malade. Les symptômes se calment et, pendant dix jours, l'état paraît meilleur, mais, le 17 mai, la douleur reparaît, avec tension du ventre et sensation de résistance dans l'hypochondre gauche. Le 28, laparotomie, incision au niveau de la tumeur, qui est constituée par l'épiploon. On pénètre avec le doigt dans une cavité située derrière l'estomac et contiguë à la rate. Cette cavité est pleine de pus fétide. Drainage, lavage. Guérison lente, en deux mois, après une phlébite double. H. R.

Ein Fall von einem frei in die Bauchœhle perforirten Magensgeschwür. Laparotomie. Naht der Perforationsstelle. Heilung, par H. KRIEGE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 49, *p.* 1214, *et n°* 50, *p.* 1280, 5 *et* 12 *décembre* 1892).

1° Kriege pense publier le premier exemple d'ulcère simple de l'estomac rompu, sans adhérences préalables, dans la cavité abdominale, qui ait été opéré avec succès. Homme de 41 ans ayant eu plusieurs gastrorragies. Une nuit, il est réveillé par de violentes douleurs revenant par accès dans le ventre. Malgré l'absence de fièvre, de vomissements et de collapsus, Kriege diagnostique une péritonite par perforation. Laparotomie six heures après le début des douleurs. L'opération dure deux heures et demie. A l'ouverture du péritoine, sifflement indiquant l'issue de gaz inodores. Du côté gauche, se trouve, entre les anses intestinales non météorisées, du contenu stomacal. Péritoine à peine injecté. Sur la séreuse gastrique de la face antérieure, au voisinage de la petite courbure, enduit fibrineux. Pour trouver la perforation, on ajoute à l'incision longitudinale, étendue de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, d'abord une incision transversale dirigée à droite vers le pylore, puis on pratique un trou dans l'épiploon gastrohépatique pour examiner la paroi postérieure de l'estomac, ensuite on fait une incision transversale vers la gauche pour explorer le grand cul-de-sac; enfin, après une demi-heure de recherches, on découvre, caché sous le diaphragme, à 3 centimètres du cardia, un orifice, gros comme un pois, placé sur la paroi antérieure de l'estomac, plus près du grand cul-de-sac que de la petite courbure. La suture en fut très difficile, masquée qu'était la perforation sous le rebord des fausses côtes gauches. Les premiers points de suture déchirèrent même les tissus en agrandissant l'orifice. Jusqu'au treizième jour, l'opéré n'ingéra absolument rien par la bouche. Dans la cinquième semaine, se développa du côté gauche, d'une façon tout à fait latente, une pleurésie purulente pour laquelle on fit l'empyème avec résection d'un fragment de côte. Dès lors, guérison rapide.

2° Fille de 21 ans ayant eu, il y a quatre semaines, pour la première fois, une hématémèse; il y a trois jours, apparition de violentes douleurs abdominales; dès lors, fièvre, météorisme intense et exquise sensibilité de ventre. On diagnostique un ulcère gastrique perforant, et Heusner fait la laparotomie, deux jours et neuf heures après la perforation. L'opération dure une heure et demie. Enduit fibrineux abondant et adhérences de l'intestin, gros et petit.

Météorisme si intense qu'il faut ponctionner l'intestin sur cinq points, ainsi que l'estomac; les orifices de ces six ponctions sont refermés avec de la soie. Paroi antérieure de l'estomac soudée au foie; la rupture de ces adhérences s'accompagne d'un épanchement abondant de liquide trouble et floconneux; la pression sur le grand cul-de-sac fait sourdre de l'estomac un liquide bilieux. Une incision transversale à gauche de l'incision longitudinale permet de découvrir, près du cardia, un orifice de la grandeur de 5 pfennigs. Fermeture de la perforation par trois points à la soie, au-dessus desquels on place (comme chez le malade précédent) plusieurs plans superposés de sutures. En nettoyant la cavité péritonéale, on évacue un foyer pelvien contenant un quart de litre de pus. Le sixième jour, mélœna et collapsus; le neuvième, nouvelles selles sanglantes suivies, le lendemain, d'hématémèse avec issue de liquide fécal par la plaie. Mort le dixième jour après la laparotomie. Autopsie. Abcès dans l'épaisseur des parois abdominales. Étranglement d'une anse grêle, de 1 mètre de long, à travers un orifice fait accidentellement au grand épiploon durant l'opération. Orifice de la perforation gastrique béant. Le duodénum est le siège d'un deuxième ulcère qui s'est ouvert dans la cavité péritonéale. Le petit bassin renferme un quart de litre de liquide trouble.

Kriege n'a trouvé dans la littérature que six autres opérations du même genre; aucune d'elles n'a réussi. En y ajoutant les deux cas qui lui sont personnels, cela fait huit opérés dont un seul a guéri. Dans l'un des deux cas de Czerny (*R. S. M.*, XXXI, 650) et dans celui de Nissen (*St-Petersburg. med. Woch.*, 1890), on ne put découvrir la perforation. Dans l'un des deux cas de Stelzner, il existait deux perforations gastriques, dont une resta inaperçue. A l'autopsie de quatre des opérés, on a trouvé un épanchement dans la cavité pleurale gauche. Kriege a d'ailleurs réuni dans un tableau synoptique les particularités importantes des huit laparotomies exécutées pour rupture d'un ulcère de l'estomac.

J. B.

De la gastrostomie par la méthode de la valvule ou du plissement de la muqueuse stomacale, par L. PÉNIÈRES (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 284, *mai* 1893).

D'après les expériences qu'il a poursuivies sur l'animal, l'auteur démontre qu'il serait possible d'obtenir au niveau de l'orifice stomacal de la gastrostomie une valvule créée aux dépens de la muqueuse stomacale formant un véritable pli.

On doit opérer de la façon suivante, et il sera facile de comprendre par quelle suite l'auteur est arrivé au résultat qu'il publie.

L'incision de la paroi est faite infundibuliforme, puis l'estomac est attiré et fixé par sa tunique séromusculaire, en respectant la muqueuse. Dès le lendemain, la plaie se rétrécit sensiblement, et la muqueuse forme ainsi un pli saillant *dans la cavité stomacale*. Lorsque l'on fait l'incision de la tunique séro-musculaire, on trouve au-dessous d'elle la face profonde de la muqueuse, et il faut aller la chercher à 3 centimètres de profondeur. On l'attire au dehors avec une pince à griffes et on l'ouvre avec des ciseaux. L'auteur introduit une sonde œsophagienne dans le trajet. La rétraction superficielle se fait progressivement, et les lambeaux de muqueuse forment une véritable valvule.

Une opération ainsi conduite chez un malade montre que l'ouverture reste étanche, et sur les bords on ne trouve ni rougeur superficielle, ni érosion cutanée.

F. VERCHÈRE.

Two cases of perforating ulcer of the duodenum in which exploratory laparotomy was performed, par C. B. LOCKWOOD (*Trans. of the med. Soc. of London, L, p.* 91).

1° Jeune homme de 28 ans. Quatre ans auparavant, douleur violente au côté gauche, survenue brusquement en buvant une tasse de thé. Le lendemain, développement d'une tuméfaction à droite de l'ombilic, avec météorisme, vomissements verdâtres, puis fécaloïdes; pas d'hématémèse ni de melœna. Les signes d'obstruction intestinale persistant, la laparotomie est pratiquée sur la ligne blanche, à gauche de l'ombilic. On constate une péritonite purulente généralisée; lavage de la cavité péritonéale, examen attentif des anses intestinales sans qu'on trouve de perforation. Mort sept heures après l'opération. A l'autopsie, on découvrit une petite perforation du duodénum, consécutive à un ulcère taillé à l'emporte-pièce.

2° Homme de 41 ans. Début brusque, en pleine santé, d'une douleur abdominale suivie de vomissements et de constipation. Les vomissements deviennent bientôt fécaloïdes. Météorisme diffus, sans saillie des anses intestinales. On diagnostique une péritonite septique diffuse plutôt qu'une obstruction. Laparotomie, lavage et drainage du péritoine. Mort douze heures après. Comme dans le cas précédent, la péritonite était la conséquence d'une perforation du duodénum, située à un pouce au-dessous du pylore, qui correspondait à la présence d'un ulcère rond de la muqueuse. H. R.

Troubles dus à l'irritation du pneumogastrique à la suite de plaie de l'œsophage, par HEYDENREICH (7e *Cong. fr. chir. et Bulletin méd.*, 3 *mai* 1893).

Ce fait concerne un saltimbanque qui, après l'extraction facile d'une lame de sabre, qu'il avait avalée, fut pris le cinquième jour de collapsus avec ralentissement du pouls et de la respiration et chute de la température (35.8). Ces accidents ne durèrent que trois jours. Quelque temps après, les mêmes accidents reparurent à l'occasion de l'ingestion d'un tisonnier, muni d'un crochet; le corps étranger ne put être extrait, et en quelques heures le malade succomba.

A l'autopsie, on a constaté que le crochet du tisonnier, après avoir perforé l'œsophage, comprimait le tronc du pneumo-gastrique. Il y avait eu irritation du nerf à laquelle l'auteur rattache le collapsus et les accidents consécutifs. OZENNE.

I. — A new and safe methode of cutting œsophageal strictures, par Robert ABBE (*New York med. record, p.* 225, 25 *février* 1893).

II. — Ueber die Retrograde Dilatation der Œsophagus-stricturen, par KRUGER (*Münch. med. Woch.*, n° 12, *p.* 226, 1893).

I. — Dans le cas de rétrécissement infranchissable aux instruments ordinaires, l'auteur fait, d'une part, l'œsophagotomie externe; de l'autre, une gastrostomie; par l'orifice stomacal, il introduit une fine bougie portant un fil qui ressort par la plaie du cou; si alors il pousse un dilatateur conique introduit par la voie stomacale jusqu'au niveau du rétrécissement, celui-ci passe facilement; au même moment on tire sur le fil par des mouvements de va-et-vient, de manière à sectionner le rétrécissement. On fait la dilatation avec des tubes de plus en plus gros; enfin, on laisse en place deux jours un tube de caoutchouc rouge. On nourrit le malade par la plaie stomacale. Au bout de deux jours on retire le tube et on passe les sondes par la bouche le temps suffisant.

Quand le malade a repris de l'embonpoint, on ferme la fistule gastrique.

P. DUFLOCQ.

II. — Dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, où il était impossible de passer la sonde de la bouche dans l'estomac, l'auteur fit avec Hoffa la gastrotomie et put arriver à passer une sonde de bas en haut par le rétrécissement. Malheureusement, par suite de l'érosion des bords de la plaie gastrique, il y eut impossibilité de conserver les aliments et le malade mourut quinze jours après. C. LUZET.

I. — The anatomy and surgical treatment of hernia, par Henry O. MARCY (*New York*, 1892).

II. — Clinical lectures on abdominal hernia, par William H. BENNETT (*London*, 1893).

III. — A treatise on ruptures, par Jonathan F. C. H. MACREADY (*London*, 1893).

IV. — Hunterian lectures on the morbid anatomy, pathology and treatment of hernia, par Charles BARRETT LOCKWOOD (*London*, 1889).

V. — Die Unterleibsbrüche (Anatomie, Pathologie und Therapie), par Ernst GRASER (*Wiesbaden*, 1891).

I. — Sous les apparences d'un traité complet des hernies en, 420 pages grand in-4°, avec soixante-six planches, huit héliogravures coloriées, et quarante-sept figures dans le texte, l'ouvrage de Henry O. Marcy est surtout une revendication de priorité touchant l'emploi des sutures en catgut dans l'opération de la cure radicale des hernies ; mais il est facile de se convaincre, par l'examen même du texte, que les opérations publiées par Marcy jusqu'en 1878, c'est-à-dire jusqu'à une époque postérieure aux travaux de Czerny, de Socin, n'ont porté que sur des hernies étranglées, qu'il ne s'agissait donc pas d'opérations de cure radicale proprement dite. Tout le reste de l'ouvrage se ressent de l'esprit qui l'a inspiré ; l'histoire anatomique et clinique des hernies et de leurs complications est à peine ébauchée ; ainsi parmi les variétés des hernies inguinales congénitales, la hernie propéritonéale et la hernie interstitielle avec ectopie ne sont même pas nommées : aucune des dispositions et des formes rares de la hernie crurale ne se trouve mentionnée, etc. Ces lacunes ne sont rachetées ni par des observations, ni par des descriptions nouvelles ; il ne se trouve rien d'original dans cette compilation, dont les planches mêmes sont toutes empruntées à d'autres auteurs. L'étude du traitement, plus personnelle, est faite avec plus ds soin, mais elle n'est pas toujours irréprochable. Avec tous les chirurgiens modernes, Marcy insiste sur la nécessité d'une intervention immédiate dans l'étranglement (p. 218) et pourtant (p. 94) il donne le précepte, quand la hernie est tendue et douloureuse et qu'il y a des vomissements, de ne pas tenter aussitôt le taxis, mais d'attendre qu'une injection de morphine ait procuré quelques heures de repos au malade ! Comment comprendre aussi la recommandation faite par l'auteur, en parlant du traitement de l'épiploon compris dans la hernie, de ne pas serrer la ligature qu'on établit sur le pédicule de cet organe, de peur de provoquer la nécrose du moignon épiploïque ?

A propos d'une des questions les plus controversées actuellement, du

traitement de l'anse intestinale gangrenée par la résection et l'entérorraphie ou par l'anus contre nature, l'expérience de l'auteur n'a pas été favorable à la première de ces pratiques; les cinq cas dans lesquels il l'a appliquée se sont terminés par la mort.

Les chapitres consacrés à la cure radicale, à part quelques assertions erronées (comme celle que la méthode antiseptique était absolument inconnue en France en 1881) sont traités avec un peu plus de détails. L'auteur est partisan de la suture animale qu'il pratique avec du tendon de kanguroo, tant pour les sutures profondes portant sur le péritoine et sur le trajet inguinal, que pour la réunion de la peau. Son opération pour la hernie inguinale est une variante du procédé de Bassini.

II. — Les leçons de Bennett sont pleines des résultats de sa longue expérience; les premières renferment une étude très détaillée des symptômes de l'étranglement herniaire, vomissements, collapsus, absence d'impulsion perçue dans les efforts au niveau de l'orifice herniaire. L'auteur insiste sur les difficultés qui environnent parfois le diagnostic de l'étranglement et en indique les causes en citant un grand nombre de faits insolites et curieux tirés de sa pratique. On peut néanmoins regretter la confusion qu'il établit, ainsi que beaucoup de ses compatriotes, entre les accidents des hernies intestinales, et ceux qui surviennent dans les hernies purement épiploïques. La distinction nettement adoptée, depuis les travaux de Gosselin, entre ces deux sortes de hernies et les phénomènes dont elles sont le siège, permet d'éviter bon nombre d'erreurs analogues à celles dont Bennett rapporte des exemples.

L'auteur entre dans d'intéressantes considérations sur le traitement de l'étranglement herniaire; sans rejeter le taxis, il en signale les dangers et les méfaits. Pour l'opération, il combat la méthode préconisée par Lawson Tait qui avait voulu substituer la laparotomie à l'incision de la tumeur et n'adopte la première de ces pratiques que dans certains cas où le diagnostic est en suspens. Bennett insiste sur les inconvénients d'un débridement trop peu étendu dans la kélotomie. Adversaire de l'entérectomie et de l'entérorraphie primitives, lorsque l'intestin est atteint de gangrène, il conseille lorsque la lésion de l'intestin est peu étendue ou douteuse, de réduire l'anse malade juste au niveau de l'orifice herniaire et de pratiquer à ce niveau un drainage péritonéal. Il cite des cas où cette manière de faire lui a donné des guérisons sans fistule stercorale; quand la gangrène est étendue, l'auteur établit un anus contre nature. Plusieurs faits intéressants de hernies congénitales, propéritonéales, de kystes du canal de Nück donnant des symptômes d'étranglement, sont relatés dans les pages qui suivent où sont étudiés les accidents consécutifs à la kélotomie. Pour ce qui est de la cure radicale, dont Bennett est un partisan déterminé et à laquelle sont consacrées les dernières de ses leçons, nous ne pouvons que mentionner certains points sur lesquels sa pratique diffère de celle qui est généralement reçue. Dans l'opération de la hernie inguinale, il s'oppose à l'incision de l'aponévrose du grand oblique; il préconise un procédé de rebroussement du sac, analogue à celui qu'a décrit Arthur A. Barker ; mais, quand la hernie renferme de l'épiploon, il s'en sert pour constituer une sorte de pelote au niveau de l'orifice interne auquel il le fixe. Il recommande un procédé analogue pour la cure des hernies ombilicales volumineuses. Enfin l'auteur n'attache

que peu d'importance à la reconstitution du trajet inguinal par la suture. Nous signalons cette pratique et ces vues de Bennett sans avoir à en faire la critique : quelles que soient celles qu'on pourrait leur adresser, ce petit ouvrage mérite d'être consulté par tous ceux qu'intéressent les questions relatives aux hernies.

III. — Le traité des hernies de Macready, plus important, plus étendu, est un ouvrage didactique, appuyé sur des indications bibliographiques très complètes, et illustré de nombreuses planches originales. L'auteur, chargé du service des bandages distribués aux indigents de la cité de Londres, s'est placé à un point de vue tout différent de celui de la plupart des chirurgiens du continent. Le traitement par les bandages est pour lui comme autrefois la règle; la cure radicale est une exception qui doit être réservée aux hernies irréductibles ou incoërcibles, ou qui sert de complément aux opérations de kélotomie.

De là le soin tout particulier que Macready apporte à la description des bandages, de leur construction, de leur application, des diverses dispositions nécessitées par les diverses variétés de hernies ou les difficultés de la contention dans les cas complexes. Ce chapitre sera lu avec le plus grand intérêt; il renferme des préceptes utiles à connaître et contient la description d'appareils différant essentiellement de ceux qui sont usités en France. La partie qui a trait à la cure radicale est au contraire la plus écourtée et la moins intéressante de ce volume.

Tous les points relatifs à l'étiologie des hernies sont passés en revue et leur étude est fondée sur la considération de statistiques importantes recueillies depuis 1888 à la Société des bandages et portant sur 20,999 cas; la position de l'auteur pouvait seule permettre de recueillir un chiffre de faits aussi considérable. Nous ne pouvons d'ailleurs entrer dans l'analyse détaillée des diverses parties de cet ouvrage qui méritent toutes une lecture attentive; disons seulement qu'il est divisé en deux parties dont la première concerne les hernies dans lesquelles les fonctions intestinales n'ont pas reçu d'atteinte: dans cette première partie sont étudiées toutes les variétés de hernies, suivant leur siège, leur anatomie pathologique, leurs symptômes, leur diagnostic, leur traitement. La seconde partie comprend l'étude des hernies avec interruption du cours des matières; c'est l'étranglement avec ses diverses formes dont les causes, les lésions et surtout le traitement forment l'objet de ces chapitres. Celui qui est consacré à la kélotomie et au traitement de la gangrène de l'intestin mérite cependant une mention particulière; comme presque tous les chirurgiens, l'auteur a renoncé à l'entérectomie et à l'entérorraphie primitive en cas de lésions intestinales graves et recommande l'établissement d'un anus contre nature que l'on ferme ensuite au moyen d'une entérorraphie secondaire.

IV. — Les idées de Lockwood sur la cause anatomique du développement des hernies ont déjà été exposées par cet auteur dans ses leçons antérieurement publiées. On sait qu'il attribue la production des hernies de faiblesse à une véritable entéroptose due, non point à l'allongement du mésentère, mais au glissement de haut en bas de ses attaches supérieures, au relâchement du muscle suspenseur du mésentère et du duodénum, à un véritable prolapsus du mésentère. Cette opinion est appuyée sur des examens anatomiques complètés par des mensurations précises:

mais malgré toutes les preuves, tous les arguments accumulés par l'auteur, il paraît résulter de ses propres faits que bien souvent la hernie n'est accompagnée d'aucun prolapsus mésentérique et que le prolapsus du mésentère lui-même n'est pas toujours suivi de la production d'une hernie. La théorie de Lockwood, si elle s'applique à un certain nombre de cas, ne saurait donc expliquer le développement de toutes les hernies acquises, même des hernies dites de faiblesse. Dans les pages consacrées à l'exposition de sa doctrine, l'auteur a réuni un très grand nombre de cas intéressants à d'autres points de vue, hernies du cœcum et de l'appendice, hernies du canal de Nück, hernies compliquées de concrétions calculeuses dans le sac herniaire, etc.

V. — Nous n'avons que peu de choses à dire du livre de Graser, manuel élémentaire et très incomplet, où la bibliographie et même les indications d'auteurs font absolument défaut. Les figures qui sont dans le texte, faites d'après des dessins originaux, sont en général d'une exécution assez négligée et d'une intelligence difficile. Le seul chapitre à mentionner est le dernier de l'ouvrage, où les hernies sont envisagées au point de vue de la médecine légale et des incapacités professionnelles et militaires. PAUL BERGER.

Hernia obturatoria incarcerata completa mit Vorlagenung der Tuba und des Ovariums, par ROGNER-GUSENTHAL (*Wiener med. Presse*, 25 *mai* 1893).

Femme de 66 ans, entrée le 3 mai 1893 à l'hôpital avec des phénomènes d'étranglement herniaire. Opération : incision de 8 centim. parallèle au ligament de Poupart. Pas de hernie crurale ; mais un peu plus profondément, en arrière de la plaie, où sont ordinairement les hernies crurales, le muscle pectiné mis à nu bombe d'une manière frappante. Les faisceaux du muscle pectiné sont disséqués au niveau de la tuméfaction ; à travers les lèvres de la plaie opératoire apparaît alors une hernie obturatrice de la grosseur d'un œuf de poule. Libération du sac herniaire avec les doigts, puis ouverture du sac, qui renferme l'ovaire droit gangrené avec la trompe, une portion d'intestin également gangrené, de la grosseur d'une châtaigne et 20 grammes environ d'un liquide nauséabond. La malade meurt au bout de quelques jours. CART.

De l'étranglement herniaire de l'appendice iléo-cœcal, par POLLOSSON (*Lyon méd.*, 21 *mai* 1893).

D'après 3 cas observés sur des sujets de 71, 32 et 37 ans, l'auteur conclut qu'il existe des hernies crurales dans lesquelles le contenu est constitué par le seul appendice iléo-cœcal et que ces hernies sont susceptibles d'étranglement, donnant lieu aux symptômes habituels.

Le traitement se rapproche de celui de la hernie étranglée ordinaire; on pourra réussir par le taxis. Le débridement n'est pas toujours nécessaire, on le pratiquera seulement si l'appendice ne peut être tiré au dehors. On pratiquera la résection de l'appendice en partie saine, au-dessous d'une ligature circulaire au catgut et il sera prudent de faire l'occlusion de la section terminale du tube par quelques points de suture ou d'assurer l'asepsie de la muqueuse par une cautérisation au thermocautère. A. CARTAZ.

Resection of intestine and immediate suture in cases of gangrenous hernia, par Kendal FRANKS, HUTCHINSON, etc. (*The Lancet, p.* 794, 8 *avril* 1893).

K. Franks relate l'observation d'une femme atteinte de hernie ombilicale depuis trois mois. Cette hernie s'étant étranglée, Franks l'opéra au bout de trente heures. L'abdomen était plein d'un liquide gélatineux dont l'origine pouvait être attribuée à une tumeur de l'ovaire. L'intestin gangrené fut réséqué sur une étendue de neuf pouces et les deux bouts de l'intestin furent réunis par une suture circulaire. L'abdomen fut refermé, mais avec un tube à drainage qui fut enlevé le quatrième jour. Le cinquième jour, l'intestin fonctionnait régulièrement et la guérison fut complète.

Cinq semaines après, nouvelle opération pour l'ablation de la tumeur de l'ovaire (kyste multiloculaire).

La ligne de suture de l'intestin, à peine visible, se décelait seulement par un léger épaississement.

D'après les faits réunis par Franks, le taux de mortalité, dans les hernies gangrenées traitées par l'établissement d'un anus artificiel, est de 80 0/0. La résection secondaire de la suture pour la cure de l'anus artificiel donne une mortalité de 38 0/0. L'emploi de l'entérotome entraîne une mortalité de 7 0/0.

D'autre part, la résection et la suture immédiate dans les hernies gangrenées, donne, d'après un tableau de 220 cas, présenté à la *Royal Chirurgical Society*, une mortalité de 48 0/0. Cette dernière opération est donc l'opération de choix.

Hutchinson a opéré d'une hernie crurale étranglée depuis trois jours, une dame de 40 ans.

A l'ouverture du sac, on reconnut que l'intestin était gangrené. Hutchinson pratiqua alors une incision sur la ligne médiane et réséqua 12 centimètres d'intestin. La malade guérit.

Hutchinson recommande, en pareil cas, de recourir à l'incision médiane. Après la suture, l'intestin est, en effet, assez épaissi pour qu'il soit difficile et même impossible de le réduire par l'anneau herniaire.

Bowlby a réuni 946 cas de hernie opérés dans les dix dernières années dans les hôpitaux de St.-Bartholomew, Guy et St.-Thomas; la mortalité a été de 44 0/0. La moyenne obtenue par Kendal Franks pour la résection est presque aussi favorable, mais la cause en est que, probablement, tous les cas malheureux n'ont pas été relevés. Enfin, il faut aussi noter le nombre relativement considérable de résections pratiquées par les chirurgiens cités par K. Franks, tandis qu'à St.-Bartholomew, en dix ans, on n'a opéré que quarante-deux hernies gangrenées; la résection paraît donc, dans la statistique de Franks, avoir été pratiquée alors que l'intestin n'était pas gangrené. MAUBRAC.

Note sur un cas de hernie inguinale étranglée et de hernie propéritonéale avec torsion du mésentère, par L. MARTEL (*Arch. prov. de chir., janvier* 1893).

Homme de 45 ans porteur d'une hernie inguinale gauche, datant de 7 ans, réduite d'ordinaire et contenue par un bandage, mais sortant facilement. Le 23 septembre 1892, issue brusque de la hernie du volume d'un œuf, sonore et tendue, ne descend pas dans les bourses. On suit l'orifice externe du trajet inguinal. Au diagnostic, étranglement par le collet du sac. Par le taxis, on refoule en masse la hernie dans le canal inguinal très dilaté.

Kélotomie le 24 septembre. L'état général est bon. L'étranglement

paraît déterminé par le collet du sac. Incision de ce collet; réduction assez difficile. On retire environ dix centimètres d'anse intestinale pour s'assurer qu'il n'y a pas d'adhérences profondes. — Réduction. Le doigt pénètre aisément dans la cavité abdominale à la suite de l'intestin. Cependant on sent le bord externe de l'anneau inguinal interne, mou et non tranchant comme le bord interne. Ligature du sac. Suture des piliers et de la peau.

Le soir apparaissent des vomissements porracés. Mort le 27 au soir. Il n'y a eu ni gaz ni selles. A l'autopsie, pas trace de péritonite. Le petit bassin contient une petite quantité de liquide roussâtre.

On trouve une hernie propéritonéale engagée par l'orifice inguinal interne. Une corde mésentérique enroulée d'intestin grêle se porte dans l'orifice inguinal et pénètre dans la cavité diverticulaire, formant ainsi un cordon tendu entre la colonne vertébrale et cet orifice. Au-dessous s'engage la portion terminale de l'intestin grêle dilaté qui, après un coude vers la vessie, remonte en haut et à gauche pour venir se tordre et s'aplatir sur le mésentère en passant au-dessous de la corde formée. Cette anse décrit autour du mésentère un tour complet et se trouve placée à droite de la corde mésentérique au point où elle pénètre dans l'anneau inguinal. Elle pénètre à jeu libre dans l'orifice et se développe en plusieurs circonvolutions dans le sac propéritonéal, puis ressort contre le rebord externe de l'orifice et s'engage à nouveau sous la corde mésentérique pour se continuer avec la portion non dilatée de l'intestin.

En résumé le malade était porteur de deux hernies : hernie inguinale et hernie inguino-propéritonéale. Le sac herniaire biloculaire présentait un seul orifice abdominal et deux diverticules : l'un engagé dans le trajet du canal inguinal, l'autre développé dans le tissu sous-péritonéal, en arrière de l'arcade crurale, entre le péritoine et l'aponévrose du muscle iliaque.

Il n'y avait aucune anomalie de développement; les deux testicules étaient en place et bien développés, la vaginale gauche était absolument indépendante du prolongement inguinal du sac. Aucune anomalie de disposition ne se rencontrait du côté des fossettes inguinales droites. VERCHÈRE.

Remarks on fibrous stricture of the colon, par Harrison CRIPPS (*Trans. of the med. Soc. of London, L, p.* 20).

Deux observations intéressantes de rétrécissement fibreux du côlon.

1° Femme de 70 ans, d'une bonne santé jusqu'en 1883. En mars de cette année, début brusque de douleur dans le flanc gauche, persistant plusieurs semaines et suivie de diarrhée. Retour d'accidents analogues en octobre, avec tympanite et saillie d'une anse intestinale. On diagnostique une tumeur maligne de l'intestin. En 1884 et 1885, alternative de diarrhée et de constipation, sans crises. En janvier 1886, attaque d'obstruction intestinale avec vomissements fécaloïdes, qui se juge spontanément par une débâcle de quarante-huit heures. Mais retour de ces crises tous les trois mois environ. Le 19 juillet 1888, nouvelle crise plus grave. On pratique la laparotomie, et on tombe sur l'S iliaque énormément distendue ; au-dessous se sent un anneau dur et fibreux très serré. L'auteur se borne à pratiquer la colotomie inguinale, qui réussit bien. Le cours des matières finit par se rétablir; la malade, trois ans après, est très bien portante.

2° Femme de 53 ans. Depuis le mois de mai 1888, alternative de diarrhée et de constipation, garde-robes muco-sanguinolentes, coliques sourdes permanentes, distension habituelle du gros intestin, écoulement glaireux presque continuel. Matières rares et laminées. Accidents d'obstruction après un purgatif, laparotomie. Comme précédemment, on trouve au-dessous de l'S iliaque un cordon dur et serré; colotomie. Guérison maintenant depuis deux ans. L'anus artificiel ne se vide qu'une fois par jour. H. R.

I. — A series of cases of relapsing typhlitis, par Frederick TREVES (*Brit. med. j., p.* 835, 22 *avril* 1893).

II. — Appendicitis : an analysis of 68 cases, etc., par Gilbert BARING (*Ibidem, p.* 838, 22 *avril* 1893).

I. — Treves rapporte une série de cas de typhlite à répétition ayant entraîné la nécessité d'une opération. Les conditions anatomiques de l'appendicite se groupent sous quatre chefs. L'appendice peut avoir subi une torsion modérée, ou une torsion excessive de son mésentère ; il peut loger un corps étranger, ou présenter une ulcération spontanée primitive.

Dans la grande majorité des cas de typhlite, l'intervention chirurgicale n'est pas nécessaire ; elle le devient dans les conditions suivantes :

1° Les attaques ont été nombreuses ;

2° Elles s'accroissent en fréquence et en sévérité ;

3° La dernière attaque a été assez intense pour mettre la vie du malade en danger.

4° Les rechutes répétées ont mis le malade dans l'état d'un invalide chronique qui ne peut fournir aucun travail régulier.

5° Grâce à la persistance de quelques symptômes, il est probable qu'il existe une collection purulente au voisinage de l'appendice.

Suit le résumé de 14 cas opérés avec succès.

II. — Statistique portant sur 68 cas d'appendicite observés à l'hôpital de Birmingham. Sur ces 68 cas, il y eut six morts, soit une proportion de 10,3 0/0. Cinq récidives (3 deux fois, 1 trois fois et 1 quatre fois) : quatre de ces récidives guérirent sans opération, le 4e mourut à la suite de l'opération. Tous les cas mortels succombèrent à la péritonite, tantôt avec perforation, d'autres fois par infection septique sans perforation.

Les cas, qui, suivant l'auteur, nécessitent l'opération sont :

1° Ceux dans lesquels le pus peut être diagnostiqué avec certitude ;

2° Ceux qui, par l'acuité des symptômes, peuvent faire regarder comme imminente ou comme accomplie, la perforation ou la gangrène de l'appendice ;

3° Ceux chez lesquels le repos prolongé, les révulsifs, les sangsues, etc., sont impuissants à empêcher la récidive. H. R.

Discussion sur la périthyphite de la 44e réunion de la Société centrale de médecine Suisse (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte, n°* 2, *p.* 63, 15 *janvier* 1893).

Kocher est d'avis que la grande majorité des péritonites est sous la dépendance d'une périthyphlite, affection justiciable avant tout d'un traitement interne dont la base doit être le repos absolu du malade et de ses intestins. Mais dès qu'il s'est formé un épanchement, c'est au chirurgien à intervenir. Sur 50 cas que Kocher a opérés, il n'en a perdu que 2 ayant de vastes abcès putrides. Il est l'adversaire des ponctions exploratrices. En dehors des cas où l'on constate un abcès, il y a indication d'opérer sans retard, chaque fois qu'il y a aggravation malgré une médication convenable, de même les formes récidivantes et les formes chroniques. Parmi ces dernières, se trouvent la périthyphlite tuberculeuse dont Kocher a opéré 3 cas et l'actinomycotique dont il a opéré 2 cas.

Huguenin a vu, en 17 ans, 90 cas de périty phlite ; sur les 28 qui se sont terminés fatalement, 10 étaient des malades entrés moribonds, avec une péritonite généralisée. Son expérience le porte à admettre que pour 2 périty phlites justiciables du traitement interne, il en est 1 qui réclame les soins chirurgicaux.

Krœnlein a opéré 33 cas de ce qu'on appelle la périty phlite, et en 1884, il a fait, sans doute, la première résection de l'appendice vermiforme perforé (*R. S. M.*, XXIX, 257). Si la grande majorité des cas de périty phlite ont leur point de départ dans l'appendice cœcal, il en est toutefois quelques-uns (3 sur 33) qui doivent leur origine à une lésion du cœcum ou du côlon ascendant, mais qu'il est impossible de différencier cliniquement.

D'autre part, il peut y avoir inflammation de l'appendice sans perforation et épanchement séreux ou séro-fibrineux au lieu d'abcès.

Pour Krœnlein, il y a indication à intervenir en cas d'épanchement purulent ou de perforation intestinale. Il n'enlève d'ailleurs l'appendice qu'autant que cela peut se faire sans difficulté.

Oscar Wyss se déclare d'accord avec Krœnlein sur l'étiologie multiple des faits réunis sous le nom de périty phlite. Il n'est pas partisan sans réserves d'opérer dès qu'il y a fluctuation, car l'épanchement peut se résorber.

Conrad Brunner a fait des expériences sur le meilleur désinfectant de la cavité péritonéale, en partant de ce fait que c'est le bacille banal du côlon qu'on rencontre le plus souvent dans les périty phlites. Il a constaté l'inefficacité de la solution salée physiologique, de la solution aseptique de Tavel (0,6 0/0 de sel marin + 2 1/2 0/00 de carbonate sodique) et en revanche l'efficacité de la solution salicyliquée au quatre centième. Ses 2 opérés ont toutefois succombé.

Ribbert a examiné l'état de l'appendice cœcal dans 400 autopsies. Il a constaté très fréquemment (40 fois environ) la présence de calculs stercoraux (de 1 à 6) ; une seule fois ils avaient donné lieu à une perforation. L'oblitération de l'appendice, débutant par son extrémité borgne et s'étendant plus ou moins vers son débouché intestinal, est aussi un phénomène commun (23 fois sur 100) ; l'oblitération complète a été notée sur 7 0/0 des cadavres. A partir de 60 ans, une oblitération plus ou moins étendue de l'appendice s'observe 60 fois sur 100.

Sahli estime qu'Huguenin fait la part trop grande aux chirurgiens en leur livrant le tiers des périty phlites. Il croit à l'innocuité de la ponction exploratrice et à son utilité dans les cas douteux.

Ceppi relate 1 cas de périty phlite à exsudat fibrineux opéré avec succès.

Schmid signale qu'en 18 mois, dans les 15 principales villes de Suisse, comptant ensemble une population de 503,503 habitants, il est mort 78 personnes (dont 34 du sexe féminin) des suites d'une périty phlite. La moitié d'entre elles n'avaient pas atteint l'âge de 20 ans. L'existence d'une perforation intestinale a été constatée dans 30 des 47 autopsies, dont 10 fois avec calcul stercoral.

E. Haffter rapporte deux opérations infructueuses de périty phlite, l'une chez un enfant de 10 ans qui a succombé au collapsus, à peine la lapa-

rotomie terminée; l'autre chez une fille de 22 ans (laparotomie le 13e jour, mort le 17e, d'étranglement interne). J. B.

Two cases of gastro-jejunostomy, par Mansell MOULLIN (*The Lancet, p.* 428, 19 *août* 1893).

1° Un homme de 20 ans présentait depuis 3 ans les signes d'une gastrite chronique, et depuis plusieurs mois ne pouvait plus prendre de nourriture solide : l'amaigrissement était extrême et les douleurs étaient atténuées par le lavage de l'estomac seulement.

L'estomac était dilaté, mais on ne pouvait sentir aucune tumeur. On pensa à une obstruction du pylore.

L'affaiblissement augmentant, on se décida à opérer. Le pylore était dur, épaissi, sans tumeur ni adhérences ; on pratiqua la gastro-jéjunostomie avec des plaques de Senn. L'ouverture de l'estomac siégeait à la face antérieure de l'extrémité pylorique et communiquait avec une anse du jejunum à quatorze pouces du pylore.

Malgré un choc intense, le patient se releva de l'opération : quelques vomissements parurent le lendemain de l'opération et le surlendemain, le malade vomit un peu de bile ; les suites immédiates furent favorables.

Mais 15 jours après l'opération, les vomissements devinrent plus fréquents, deux et trois fois par jour, et chaque fois de bile pure ; et malgré la quantité relativement élevée de nourriture absorbée et en apparence digérée, la faiblesse reparut, et en même temps, le délire, la diarrhée, et le malade mourut six semaines après l'opération.

A l'autopsie, pas de péritonite : l'orifice du pylore semblait un trou d'épingle ; quant à l'épaississement constaté lors de l'opération, il avait disparu ; peut-être était-il simplement d'origine musculaire. L'anastomose gastro-intestinale était complètement cicatrisée et la fistule admettait l'extrémité du petit doigt. La cause réelle de la mort reste douteuse.

2° Une femme de 35 ans souffrait d'un carcinome du pylore depuis 8 mois. Les douleurs étaient vives, les vomissements fréquents et l'amaigrissement très rapide.

On trouvait à droite de la ligne médiane, juste au-dessus de l'ombilic, une tumeur qui paraissait mobile et libre d'adhérences. L'estomac dilaté s'étendait jusqu'à la fosse iliaque droite.

L'opération fut pratiquée comme dans l'observation précédente. Le choc fut peu marqué et dès le lendemain l'opérée prenait une petite quantité de lait et de wisky.

La température qui s'était relevée jusqu'à la normale après l'opération, s'abaissa dès le deuxième jour, pour atteindre 35°,5 le sixième jour ; à ce moment la malade mourut d'épuisement.

La fistule créée par l'opération était en bon état. MAUBRAC.

Obstruction of the large intestine and its treatement by temporary typhlotomy, par H. CRIPPS (*Lancet, p.* 197, 28 *janvier* 1893).

Cripps relate deux cas dans lesquels il avait trouvé, après l'incision abdominale dans le flanc gauche, l'S iliaque et le côlon descendant vides et flasques. Dans ces deux cas il ferma la plaie et ouvrit la cavité abdominale dans le côté droit, au devant du cœcum. Le cœcum fut incisé, ce qui donna lieu à une abondante issue d'air et de matières fécales. Dans les deux cas, après neuf et treize jours, les selles normales reparurent ; la fistule cœcale fut refermée ultérieurement.

Cripps recommande cette manière d'agir lorsque l'obstruction siège

au-dessus du colon descendant, il insiste sur la faible étendue que doit présenter l'ouverture du cœcum, pour que la cure ultérieure de la fistule soit plus aisée.

Greig Smith préfère l'incision médiane, qui permet d'atteindre, soit l'S iliaque, soit le cœcum. La colotomie médiane lui a aussi donné de bons résultats.

Treves fait ressortir les difficultés du diagnostic entre l'obstruction du petit et du gros intestin. Quant à l'emploi d'un long tube dans les cas d'obstruction du gros intestin, il est certain que ce tube ne peut être introduit au delà de l'S iliaque : plus de 100 fois il a essayé ce procédé sur le cadavre, et toujours il a échoué. Comme G. Smith, il donne la préférence à l'incision médiane.

Cripps répond qu'avec l'incision médiane, il croit qu'il y aurait plus grande difficulté à fixer le cœcum ou l'S iliaque à l'ouverture de l'abdomen. MAUBRAC.

Resection of the cœcum, greater part of ascending colon and five inches of ileum, for malignant disease of ascending colon), par LOWSON (*The Lancet*, *p.* 648, 25 *mars* 1893).

Un homme de 40 ans était atteint d'une tumeur maligne du côlon ascendant. Lowson fit une incision abdominale le long du bord externe du grand droit et découvrit une tumeur siégeant sur le milieu du côlon ascendant, mais laissant intacts le cœcum et l'appendice. L'épiploon adhérait à la partie antérieure de la tumeur, et dans le méso-cœcum on trouvait quelques ganglions dégénérés.

Après libération du côlon, par incision du méso-côlon, Lowson reséqua la portion du côlon, siège de la tumeur, le cœcum et l'iléon, sur une longueur de cinq pouces. Les deux orifices du côlon et de l'iléon furent suturés isolément, et la communication entre leurs cavités rétablie par anastomose à l'aide de plaques osseuses décalcifiées de Senn.

Malgré un choc intense, les suites de l'opération furent bénignes; le malade eut une selle dès le troisième jour et guérit rapidement.

Le vingt-cinquième jour après l'opération, il quittait l'hôpital. Actuellement, l'opération remonte à un an; il n'y a pas trace de récidive et patient est en santé apparente excellente. MAUBRAC.

A case of removal of a portion of the sigmoid flexure, par Fred. TREVES (*The Lancet*, *p.* 521, 11 *mars* 1893).

Une femme de 44 ans entre à l'hôpital le 27 novembre 1891; durant les cinq derniers mois, elle a eu plusieurs crises d'obstruction intestinale.

L'abdomen est mou, distendu, et le côlon est rempli de matières fécales; point d'ascite ni de tumeur.

Des lavements, du massage, du repos ramènent l'estomac à son état normal; elle quitte l'hôpital le 13 décembre avec le diagnostic de rétrécissement du gros intestin soit dans le côlon descendant, soit à l'S iliaque.

Le 15 novembre 1892, la malade rentre à l'hôpital; durant l'année qui s'est écoulée, la malade a eu plusieurs crises d'obstruction et la constipation est restée opiniâtre; l'état général s'est aggravé, l'abdomen est très distendu et contient une petite quantité de liquide ascitique.

La douleur est constante et les vomissements fréquents.

Le 26 novembre, Treves pratique une laparotomie et trouve un épithélioma annulaire au sommet de la courbure sigmoïde, s'étendant sur une largeur de un pouce et demi. Point de ganglion hypertrophié.

Sept pouces de l'*S* iliaque sont alors excisés avec un fragment en *V* du méso correspondant.

Les deux bouts de l'intestin sont réunis par un double plan muqueux et péritonéal de sutures (50 environ) et refoulés dans la cavité abdominale. La plaie abdominale est ensuite fermée ; durée de l'opération : une heure un quart.

Malgré un choc marqué, le malade se releva de l'opération ; il y eut une selle le troisième jour, et, du troisième au huitième jour, il y eut vingt-et-une selles. Dans les fèces, on découvrit des noyaux de cerises mangées l'été précédent.

La guérison fut rapide.

Le 18 janvier 1893, les selles sont maintenant régulières, sans lavements ; il n'y a plus ni ascite, ni douleur, ni vomissement.

La tumeur était un épithéliome cylindrique. MAUBRAC.

Excision of the rectum and part of the sigmoid flexure for malignant disease, par **PURCELL** (*Lancet, p.* 723, 1er *avril* 1893).

Une femme de 46 ans souffrait depuis plusieurs mois de divers troubles intestinaux ; l'examen par le rectum permit de reconnaître une tumeur mobile, comprenant le rectum et surtout développée du côté gauche ; la lumière du rectum était libre et la muqueuse était ulcérée à gauche.

Le sphincter étant incisé, on dissèque la paroi entière du rectum sur tout le pourtour anal, puis le rectum est détaché de la cloison vaginale ; le cul-de-sac du péritoine est alors incisé, le méso-côlon qui maintenait le rectum et l'anse sigmoïde sont également incisés ; on attire alors l'intestin jusqu'au delà des limites supérieures de la tumeur ; puis l'intestin est réséqué et suturé avec la muqueuse de l'anus.

Le deuxième jour après l'opération, la malade eut une selle et la guérison se poursuivit sans aucun accident.

La partie réséquée mesure douze pouces.

La tumeur est un épithéliome cylindrique. MAUBRAC.

Torsion of colon in the sac of an umbilical hernia : gangrene of the gut (intestin) ; resection of the greater part of the transverse colon, par **MAKINS** (*The Lancet, p.* 997, 29 *avril* 1893).

Une femme de 79 ans portait depuis plusieurs années une volumineuse hernie ombilicale irréductible. A la suite d'un effort, elle ressentit une violente douleur dans l'abdomen et commença à vomir abondamment. Puis l'état général s'aggrava rapidement, la température étant normale, et le pouls devenant petit et rapide.

Sept heures après le début des accidents, la malade est opérée. Le côlon, contenu dans la tumeur, est dépoli, noirâtre, évidemment gangrené. Sans être véritablement étranglé, car l'anneau était large et l'intestin hernié peu comprimé, le côlon était distendu par des matières fécales et l'anse herniée était tordue sur le méso-côlon ; cette torsion avait déterminé une obstruction complète. Après un lavage abondant du sac, la portion malade du côlon fut réséquée. On fixa l'intestin aux lèvres de l'incision abdominale, établissant ainsi un anus artificiel.

Les suites de l'opération furent remarquablement bénignes et la malade quitta l'hôpital au bout de quarante jours.

La portion réséquée comprenait la presque totalité du côlon transverse, dont les parois étaient gangrenées et la calibre très augmenté par la distension qu'avait entraînée l'accumulation des matières fécales. MAUBRAC.

Epithélioma du gros intestin. Résection. Guérison, par Aug. REVERDIN (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 25, *janvier* 1893).

Femme, 58 ans, entrée à l'hôpital en juillet 1892. Ventre saillant, peau infiltrée rouge-violacé sur une vaste étendue au-dessous de l'ombilic. En ce point, fluctuation. Plus profondément, masse dure, peu mobile. On ne fait pas de diagnostic.

Opération le 1er août. Incision sur la ligne médiane donnant issue à un litre de pus fétide issu d'une cavité pariétale. Au-dessous de la paroi, on sent la tumeur adhérant de toutes parts, les adhérences cèdent peu à peu et une masse du volume des deux poings est amenée au-dehors. Elle est constituée par un cancer du gros intestin, siègeant sur le colon transverse et s'étendant assez loin dans la direction de l'*S* iliaque. Résection de l'intestin, le mésentère correspondant est coupé en éventail. Le bout inférieur est invaginé par suture des bords à points serrés, séreuse contre séreuse, et abandonné dans le ventre. Le bout supérieur est fixé à la paroi abdominale à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. Il eût été impossible de l'amener au contact du bout supérieur. La malade s'améliore rapidement et dans les jours qui suivirent l'établissement de l'anus contre nature rendit des quantités invraisemblables de matières fécales. Il est à noter que cette rétention, pendant de longs mois, n'avait déterminé que des symptômes insignifiants et il est étonnant de constater jusqu'où peut aller, dans ces circonstances, la tolérance de l'organisme.

Quatre mois après l'opération, la malade est en parfait état. Le péritoine était sain, aucune trace d'ascite ou de nodosités dans le foie. F. VERCHÈRE.

A successful case of ileo-colostomy, par Rutherford MORISON (*Brit. med. j.* *p.* 841, 22 *avril* 1893).

Homme de 57 ans : douleur subite abdominale quatorze mois auparavant, passagère ; puis récidive au bout d'un mois, avec signes d'obstruction intestinale transitoire ; depuis, plusieurs attaques du même genre, finissant par altérer sa santé. On constate dans le flanc droit une tumeur abdominale circonscrite de diagnostic douteux. Incision, exploration sur la région iléo-cœcale ; on tombe sur une invagination de la valvule iléo-cœcale, qu'il est impossible de réduire en raison des adhérences anciennes. Une anse de l'iléon et une portion du côlon ascendant sont tirées hors de la plaie, isolées et sectionnées le long de leur convexité entre deux liens de caoutchouc, puis anastomosées à l'aide de plaques osseuses décalcifiées, enfin sectionnées par la méthode de Lembert. Guérison régulière, sauf quelques jours de fièvre due à un petit abcès le long d'un des points de suture.

Le sujet mourut quatre mois après de bronchite. L'autopsie fit voir que l'anastomose s'était parfaitement maintenue, et que le cours des matières se faisait normalement. La cause de l'invagination était un épithéliome cylindrique de la valvule iléo-cœcale. H. R.

De la méthode colopexique dans le traitement des prolapsus complets du rectum, par LARSONNEUR (*Thèse de Paris*, 1893).

Larsonneur rapporte quatre observations inédites de colopexie pour prolapsus du rectum, dont 3 colopexies iliaques avec 1 récidive légère et 2 guérisons, et 1 colopexie lombaire suivie de récidive. L'étude de ces observations et d'autres déjà publiées de colopexie simple ou de colopexotomie conduit l'auteur à recommander ces opérations comme traitement de choix du prolapsus du rectum.

Les contrindications à la colopexie sont : l'irréductibilité, la gangrène des parties herniées, l'existence d'une tumeur maligne du rectum ou d'un rétrécissement. Dans les cas de prolapsus du rectum compliqués de chute de l'utérus, la colopexie doit être préférée à l'hystéropexie.

C. WALTHER.

Traitement de la péritonite tuberculeuse, par MOSETIG-MOORHOF (*Wiener med. Presse*, 2 *juillet* 1893).

Homme de 21 ans, entré dans le service de Mosetig-Moorhof en décembre 1892 ; amaigrissement, infiltrations des deux sommets, tuberculose du radius gauche ; ascite considérable, le ventre mesurant 79 centimètres de circonférence, provoquant une anxiété respiratoire ; rien au cœur ; urines normales. Laparotomie. Il s'écoule 8 litres d'un liquide un peu louche ; la séreuse pariétale et viscérale est criblée de noyaux tuberculeux, de même la surface du foie, le grand épiploon, etc.

Pas de suites opératoires, mais reformation rapide de l'ascite. Mosetig-Moorhof se décide alors à faire la paracentèse avec insufflation consécutive d'air, conformément à son procédé qu'il décrit ici à nouveau. Le succès ne fut pas complet puisque quelques semaines après l'ascite était revenue. On fit une nouvelle paracentèse, en ayant soin cette fois de faire passer l'air à injecter dans une solution d'acide phénique à 5 0/0 fortement alcoolisée, afin de renforcer la propriété irritative de l'air. Ecoulement de 9 litres de liquide ascitique ; suites nulles. Au bout de 2 semaines, la cavité abdominale contient de nouveau un peu de liquide qui ne tarde du reste pas à disparaître, à la suite d'abondantes mictions. Survient alors un épanchement pleurétique gauche ; ponction de 600 grammes. Le malade quitte l'hôpital fin mai 1892, non guéri de sa tuberculose pulmonaire, mais délivré d'une ascite grave.

Mosetig-Moorhof se demande si à l'avenir il ne s'adressera pas d'emblée à la ponction aspiratrice suivie d'insufflation d'air, qui est moins périlleuse que l'ouverture du ventre et semble avoir une action curative tout aussi marquée.

CART.

Extirpation d'une tumeur conjonctive de l'épiploon gastro-hépatique. Guérison, par RICARD (*Gazette des hôpitaux*, 13 *avril* 1893).

Une femme de 51 ans portait dans l'abdomen une tumeur volumineuse, régulière, remontant du petit bassin à l'appendice xyphoïde. Dans le petit bassin, on sentait une tumeur dure proéminant dans le cul-de-sac de Douglas. On crut à un fibrome utérin.

Laparotomie le 18 juin 1892. La tumeur adhérait de toutes parts au péritoine ; on n'arrive pas à dégager la tumeur qui remplit l'abdomen et adhère partout.

Convaincu qu'il ne mobilisera jamais cette tumeur, Ricard procède à l'évidement central qui se fait simplement et sans hémorragie. Au centre de la tumeur, on ouvrit une cavité kystique contenant sept calculs biliaires.

La partie de la tumeur qui plongeait dans le petit bassin était libre, sans adhérence. Mais on dut détacher des adhérences unissant la tumeur au côlon transverse et à la petite courbure de l'estomac. On sectionna enfin un dernier pédicule, formé par le canal cystique très allongé.

Le canal cystique est suturé, et l'épiploon, fixé au niveau du canal et à la paroi abdominale, forme une gouttière ouverte à l'extérieur, isolée de la cavité abdominale, et qui reçoit un drain.

Suites opératoires simples. Le 5 juillet, la malade quitte l'hôpital.

Il s'agissait d'une tumeur conjonctive de l'épiploon gastro-hépatique, ayant englobé la vésicule biliaire dans son épaisseur.

MAUBRAC.

Myxome lipomateux du mésentère, de 6 kilogrammes 50 grammes. Ablation. Guérison, par HEURTAUX (*Arch. prov. de chir.*, *n°* 3, *p.* 164, *avril* 1893).

Homme de 60 ans, faisant remonter le début de son affection à cinq mois. A l'examen, on trouve une tumeur s'étendant du pubis à 8 centimètres au-dessus de l'ombilic. Consistance molle mais sans fluctuation. Dans la moitié gauche de l'épigastre on en trouve une autre là où le malade assure qu'a débuté son affection, pas d'ascite, aucun trouble général.

Intervention le 17 avril 1892. La tumeur est lisse, arrondie, sans adhérence à la paroi. Dans sa partie superficielle elle présente une capsule fibreuse ; mais à sa périphérie on reconnaît un feuillet séreux indépendant, pouvant être soulevé en pli. En haut se voit une anse d'intestin grêle, appliquée sur la masse morbide. En bas on trouve également une anse d'intestin grêle offrant la même disposition. Le néoplasme se trouve encadré par ces anses étalées. Autour de la grosse masse, ou en sent plusieurs autres moins développées, mais déjà d'un certain volume. La tumeur peut être assez facilement séparée de son enveloppe séreuse, en prenant soin de saisir avec des pinces les nombreux tractus très vasculaires qui, de cette enveloppe pénètrent dans la tumeur.

Après l'ablation de la tumeur principale, on en retire trois autres de moindre volume. La manchette séreuse disséquée est réunie en travers par une série de points de suture, puis la plaie abdominale est fermée. Les suites furent simples, sauf un abcès vers le milieu de la suture qui se produisit le douzième jour. Un mois après le malade sortait guéri. Huit mois après le malade a été revu et ne présente pas de récidive. Il a engraissé de 10 à 15 kilos.

L'ensemble des tumeurs pesait $6^{k},50$. L'examen histologique montre quatre aspects différents suivant les points que l'on examine : 1° le myxome à peu près pur ; 2° le type lipome à peu près pur ; 3° le type myxome lipomateux ; 4° le type fibro-myxome. F. VERCHÈRE.

Recherches expérimentales sur les compresses et éponges abandonnées dans la cavité péritonéale, par JALAGUIER et MAUCLAIRE (*Soc. anat.*, *p.* 184, *mars* 1893).

Les auteurs ont essayé par la méthode expérimentale de reproduire les faits cliniques dans lesquels on avait noté soit la résorption ou l'enkystement des pièces de pansement abandonnées dans la cavité péritonéale, soit, phénomène plus extraordinaire, le passage de ces compresses ou éponges dans la cavité de l'intestin. Chez une chienne en état de gestation, des mèches de gaze salolée ont pénétré, sans déterminer aucun accident, dans la cavité utérine, où on les a retrouvées, deux mois après que la chienne avait mis bas ses petits. Le mécanisme de cette pénétration reste assez obscur. Chez les lapins, les auteurs ont noté la tendance du morceau de linge à se rouler en boule, à s'entourer d'adhérences qui l'étreignent, et en se contractant peuvent pousser le corps étranger vers la cavité intestinale : dans un cas, ils ont trouvé une compresse faisant une saillie de près d'un centimètre dans la cavité de l'intestin dont elle repoussait la paroi.

Dans les expériences faites avec des éponges, les adhérences ont paru plus nombreuses, plus étendues que dans les expériences faites avec des compresses, et chez deux lapins ces adhérences ont déterminé des phénomènes d'obstruction.

En résumé, les adhérences par la vascularité, la solidité et la ten-

dance qu'elles ont par leur rétractilité à pousser le corps étranger vers la cavité intestinale, constituent l'élément le plus important du phénomène étudié. MAUBRAC.

Sarcoma surrounding a concretion in the vermiform appendix : excision of the cœcum ; recovery, par Hastings GILFORD (*The Lancet, p.* 241, 29 *juillet* 1893).

Une femme de 27 ans, souffrait depuis l'âge de 14 ans d'attaques de frisson, de pâleur et de faiblesse de l'extrémité inférieure droite : ces attaques survenaient à intervalles irréguliers, duraient de quelques heures à plusieurs semaines, sans qu'on eût jamais découvert rien d'anormal dans la fosse iliaque ou dans l'aine du côté droit.

En août 1892, la malade, enceinte de 8 mois fut prise de douleurs très vives dans les régions de l'hypocondre droit et des lombes, avec fièvre, vomissements et finalement accoucha avant terme d'un enfant qui succomba au bout de quelques jours. Puis les accidents se calmèrent.

En janvier 1893, les douleurs reparurent autour de l'ombilic, dans la fosse iliaque et l'aine du côté droit. On constata, à ce moment, une tumeur dure, immobile, remplie de nodules, paraissant siéger dans les reins.

On fit une incision lombaire, que l'on prolongea ensuite le long de la crête iliaque. On s'aperçut alors que la tumeur dépendait du cœcum et de la terminaison de l'iléon. Elle adhérait au fascia iliaca et au psoas, mais l'uretère qui était contigu à la tumeur n'était pas infiltré. La tumeur et l'intestin furent alors attirés hors de la plaie ; le cœcum avec une partie d'intestin grêle furent réséqués et suturés bout à bout.

Quelques accidents, douleurs, vomissements, qui survinrent les premiers jours après l'opération, n'entravèrent point la guérison; un tube à drainage laissé dans la plaie, fut retiré le huitième jour et la guérison était complète le dix-huitième jour. Revue six mois après l'opération, la patiente est toujours en bonne santé. Pas de signes de récidive ; la jambe droite reste toujours très faible.

La partie réséquée comprend quatre pouces et demi du cœcum et du côlon ascendant, et trois pouces et demi de l'intestin grêle. Dans la tumeur existent plusieurs abcès : dans l'un d'eux, on trouve une concrétion deux fois grosse comme un noyau de cerise ; un stylet introduit dans la cavité qui contenait ce calcul, pénètre à travers l'appendice jusque dans le cœcum.

La tumeur, qui formait la paroi de ces abcès, est du tissu sarcomateux à cellules fusiformes, adhérant à la fois au cœcum et à l'iléon, mais sans pénétrer dans la cavité de ces organes, et sans même envahir leur membrane muqueuse.

Gilford insiste enfin sur la commodité de l'incision lombaire qui a permis l'examen complet de la tumeur et des parties voisines, et facilité le drainage dans la position couchée ; il croit que dans certains cas d'appendicite cette incision serait très favorable. MAUBRAC.

Zur Chirurgie der Gallensteinkrankheit, par Hans KEHR (*Berlin. klin. Wochens.*, 9 *janvier et suiv.*, 1893).

Kehr relate 27 opérations qu'il a pratiquées sur 23 malades atteints de calculs biliaires, à savoir : 18 cholécystostomies, 2 cholécystotomies idéales, 2 extirpations de la vésicule biliaire, 3 cholédochotomies et 2 cysticotomies. 5 des opérées ont succombé, 2 à un cancer compliquant la lithiase ; 1 au chloroforme, avant l'ouverture de la cavité abdominale ; la 4e n'a pas pu supporter une seconde laparotomie, rapidement nécessitée par l'inflexion du duodénum ; enfin la 5e est une femme chez la-

quelle Kehr regrette d'avoir fait simultanément l'ablation de la vésicule et la cysticotomie.

Kehr conclut de son expérience : la cholécystotomie idéale doit être rejetée, non pas par crainte de rupture des sutures, mais parce qu'on n'est jamais sûr d'avoir enlevé tous les calculs. L'extirpation de la vésicule n'est justifiée qu'autant que ses parois sont ulcérées ou cancéreuses.

La cholécystostomie est l'opération normale. On préfèrera la pratiquer en deux séances, quand la vésicule sera petite, cachée dans la profondeur et impossible à suturer dans la plaie abdominale, sans l'exposer aux tiraillements. Dans tous les cas où l'on ne pourra protéger suffisamment la cavité abdominale contre l'épanchement du contenu de la vésicule, on devra recourir à la méthode opératoire de Riedel (décollement du péritoine qu'on rabat sur la vésicule.) L'opération en une seule séance a, sur celle en deux temps, l'avantage qu'on peut extraire plus facilement les calculs du canal cystique. Lorsqu'on ne réussit pas à extraire les calculs du canal cystique par les procédés ordinaires (sonde, curette, pinces, instrument de Riedel, etc.,) on doit faire la cysticotomie. Quand on ne peut parvenir à pousser les calculs du canal cholédoque dans la vésicule, il faut pratiquer la cholédochotomie. Le broiement des calculs, soit avec les doigts, soit avec des pinces, n'a jamais réussi à Kehr.

Le plus grand nombre des opérés de Kehr n'offraient d'autre signe de leur lithiase que les douleurs, notamment un sentiment continu de pression sur l'estomac. J. B.

Zur Ætiologie des primaren... (Sur l'étiologie du carcinome primitif de la vésicule biliaire) par F. SIEGERT (*Archiv f. pathol. Anat., CXXXII*, 2).

Siegert décrit sept cas de carcinomes primitifs de la vésicule biliaire. Dans tous il trouve des calculs biliaires dans la vésicule. Plusieurs faits montrent que les calculs s'étaient produits avant la tumeur et que leur présence avait irrité le fond de la vésicule.

De plus, il constate que les parties de la vésicule non atteintes par le carcinome présentent les signes d'une irritation chronique.

En comparant les faits relatifs au carcinome primitif et secondaire de la vésicule biliaire, Siegert arrive aux conclusions suivantes :

1) Les calculs biliaires coexistent toujours avec le carcinome primitif de la vésicule et, exceptionnellement, avec le carcinome secondaire;

2) Ils sont l'une des causes du carcinome de la vésicule biliaire et jamais la conséquence de ce dernier. ÉD. RETTERER.

Ueber Leberresection (Résection du foie), par G. B. SCHMIDT (*Deutsche med. Woch., n° 8, p. 175, 1893*).

Les tumeurs pédiculées du foie causent de fréquentes erreurs de diagnostic. Sur neuf cas cités par l'auteur (cas de Langenbuch, Wagner, Lauenstein, Tillmanns, Hochenegg, Albert, Lücke, Sklifasowsky et Keen), et parmi lesquels cinq se rapportent à des gommes, le diagnostic ne fut exact que trois fois; cinq fois la tumeur fut attribuée à l'estomac, au côlon transverse, au pancréas ou au mésentère; une fois on songea au rein mobile.

Dans le cas de Schmidt, on avait diagnostiqué une tumeur du côlon transverse, alors qu'il s'agissait d'un syphililome du foie avec gommes miliaires.

C'était chez une femme de 37 ans qui portait une tumeur longue de 12 centimètres et large de 5 centimètres, mobile, facile à déplacer, suivant les mouvements du diaphragme, dure et bosselée. Après la laparotomie, on trouva un néoplasme d'apparence sarcomateuse, non pédiculé, gros comme le poing, faisant corps avec le lobe gauche du foie. On l'attira au dehors et on plaça sur la base une ligature élastique. Résection; peu d'écoulement sanguin. Guérison rapide. L. GALLIARD.

Cyst of pancreas ; abdominal section ; recovery, par Emmett GIFFEN (*Med. news, p.* 626, 10 *juin* 1893).

Une femme de 28 ans portait dans l'abdomen une tumeur légèrement mobile, et qu'on pouvait délimiter entre l'ombilic et le sternum. La douleur était constante, surtout vive dans la station couchée, moindre dans la station verticale ou assise.

Une laparotomie fit découvrir un kyste du pancréas. Le kyste fut vidé, ses parois suturées à la paroi abdominale, et sa cavité remplie de gaze iodoformée. Durant l'opération, on eut à lutter contre une hémorragie profuse, dont on ne se rendit maître que difficilement.

La malade n'eut aucun accident à la suite de l'opération et, au bout de trois semaines, commença à se lever.

Trois mois après l'opération la fistule qui conduisait dans l'ancien sac kystique se ferma. MAUBRAC.

Pancreatic cyst or effusion into lesser peritoneal cavity, par Paul SWAIN (*Brit. med. j., p.* 456, 4 *mars* 1893).

Cas à rapprocher de ceux signalés par Jordan Lloyd. Homme de 38 ans. Trois mois auparavant, attaque de colique, douleur dans l'hypochondre droit, rétention des garde-robes pendant trois jours. On constate de l'empâtement dans la région épigastrique. Il se remet de cette crise, mais cinq semaines après, elle reparaît sous forme de douleur violente instantanée. La tuméfaction siège entre l'ombilic et le cartilage xyphoïde, et est manifestement fluctuante et pulsatile ; peut-être les battements sont-ils communiqués. Le diagnostic est indécis entre un kyste pancréatique, un kyste des glandes mésentériques, et un anévrisme du tronc cœliaque. La laparotomie fut pratiquée, et permit de reconnaître un kyste non pulsatile et bien circonscrit : une ponction donna issue à du liquide sale et brunâtre et à des masses de pigment verdâtre. Lavage antiseptique et drainage ; guérison. Le liquide n'émulsionne pas les graisses et ne transforme pas l'amidon en glucose.

L'auteur hésite à admette un kyste du pancréas ; il croit plutôt à une obstruction du canal de Wirsung avec rupture secondaire du canal dans l'arrière-cavité des épiploons. H. R.

Ciste da echinococco pulsante della milza ; splenotomia, par L. GUIDO (*La Riforma medica, p.* 134, 13 *avril* 1893).

Homme de 49 ans, très amaigri ; tuméfaction de la partie supérieure et gauche de l'abdomen, qui présente des mouvements rythmiques synchrones à ceux du pouls ; tumeur arrondie, régulière, occupant cette région, descendant jusqu'au niveau de l'ombilic et s'avançant jusqu'à la ligne médiane nettement fluctuante par place, se déplaçant légèrement en suivant les mou-

vements respiratoires; à l'auscultation de la tumeur, on perçoit deux bruits, le systolique plus intense que le diastolique ; en même temps, signes d'épanchement pleural gauche. L'existence d'un kyste hydatique de la rate étant confirmée par la ponction aspiratrice, qui amène un liquide rouge brun renfermant des crochets et des leucocytes, on pratique la laparotomie, l'incision du kyste fait sortir 4 litres de liquide semblable à celui de la ponction ; au bout de 20 jours, la paroi du kyste était entièrement détachée, les signes d'épanchement pleural avaient complètement disparu ; guérison complète.

L'auteur insiste sur les pulsations de la tumeur, et sur les résultats de l'auscultation, signes déjà observés par plusieurs auteurs.

GEORGES THIBIERGE.

Traitement opératoire des hémorroïdes par un procédé spécial, par QUÉNU (7e *Cong. fr. chir., Bull. méd.*, 19 *avril* 1893).

Quénu recommande dans le traitement opératoire des hémorroïdes, le procédé suivant, dans lequel les fils de suture ne coupent pas comme on l'observe quelquefois en employant le procédé de Whitehead. Une incision étant faite à l'union de la peau et de la muqueuse, on détache cette dernière et les ampoules hémorroïdaires de la couche sous-muqueuse aussi haut que nécessaire; puis, l'index dans le rectum, on excise avec des ciseaux toutes les ampoules, sans enlever aucune portion de la muqueuse. Cette dernière, réappliquée sur la couche sous-jacente, est alors suturée à la peau, sans que les fils aient à exercer de traction forcée. Ce procédé est applicable dans les cas d'hémorroïdes compliquées et d'hémorroïdes enflammées ou non. OZENNE.

Internal hœmorroids, par RŒCKEL (*Australian med. journ., avril* 1893).

En faisant l'étude microscopique des hémorrhoïdes internes, Roeckel a constaté qu'on trouve, avec les veines variqueuses, des branches artérielles qui sont constantes. L'hémorroïde constituerait un véritable angiome.

L'artère est saine, tandis que la veine est épaissie et contient presque toujours des thrombus. Enfin l'épithélium qui recouvre la tumeur devient pavimenteux et très épaissi, Roeckel recommande d'appliquer le traitement général de l'angiome, c'est-à-dire l'extirpation. MAUBRAC.

Etranglement du rein mobile, par ALBARRAN (7e *Cong. fr. chir. et Bulletin méd.*, 23 *avril* 1893).

Jeune femme de 29 ans, souffrant depuis une dizaine d'années d'un rein mobile très douloureux. Crises violentes à chaque époque menstruelle ; tentatives de réduction du rein, que l'on ne peut maintenir dans sa loge. Une incision lombaire est alors pratiquée et montre l'organe en rétroversion, l'extrémité supérieure ayant basculé en arrière; il en résultait que l'uretère ne livrait que très difficilement passage à l'urine. Après réduction, le rein fut fixé et les douleurs, depuis cinq mois, n'ont pas reparu. Ce fait est un exemple d'hydronéphrose intermittente douloureuse due à la coudure urétérale que provoquait la rétroversion de l'organe. OZENNE.

Résultats éloignés de la chirurgie rénale, par TUFFIER (7e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôp.*, 16 *mai* 1893).

Tuffier a pratiqué 25 néphrorraphies, dont les résultats ont été excel-

lents toutes les fois que la luxation rénale était isolée, et 17 néphrotomies, dont les suites ont été également bonnes; mais il faut intervenir de bonne heure. Pour ce qui concerne les néphrectomies, que l'auteur a faites avec succès douze fois, il y a deux facteurs à prendre en considération : l'état général et l'état local; au point de vue général il est démontré que la vie est possible avec un seul rein; au point de vue local, des fistules peuvent suivre l'opération; il en existe deux variétés. Dans le premier cas, à cause de la sclérose du tissu périrénal il se forme une cavité suppurante, qui ne se comble pas; dans le second, la suppuration persistante provient d'une uretérite avec dilatation moniliforme; l'urétrectomie doit alors être surajoutée. OZENNE.

Mucinartiger Massen aus dem uropoiet. Systeme (Masses de mucine et de fibrine provenant du système uropoiétique), par JAKSCH (*Zeitsch. f. klin. Medicin*, *XXII*, *p.* 551).

Jaksch rapporte deux observations : 1° l'une d'uretérite membraneuse avec sédiments formés de filaments rubanés entrelacés ayant jusqu'à 10 centimètres et analogues à ceux de l'entérite membraneuse. Le sédiment renfermait de plus des masses rondes amorphes formées de carbonate de chaux, des cristaux de phosphate, des cristaux de sulfate de chaux, pas de leucocytes ni de cellules épithéliales; 2° l'autre d'abcès du rein gauche, avec élimination de masses de fibrine organisées par l'urine. A.-F. PLICQUE.

Death following aspiration of the bladder (Mort à la suite de la ponction de la vessie), par SANGER (*New York med. journ.*, *p.* 296, 10 *septembre* 1892).

L'auteur pratique, le 25 mars, la ponction sus-pubienne de la vessie chez un homme de 75 ans atteint de rétrécissement infranchissable de l'urètre et de hernie inguinale bilatérale. Il a lavé la peau et stérilisé le trocart.

Le lendemain, le malade urine et va à la selle.

Le 27, il accuse des coliques et, le soir, il a du tympanisme, de la dyspnée et de la fièvre. Il meurt le 28.

A l'autopsie, on trouve la piqûre du trocart à 2 pouces au-dessus de la symphyse pubienne. Il y a une petite extravasation sanguine dans les feuillets péritonéaux qu'a traversés le trocart, et la cavité pelvienne est remplie de sang. D'épaisses adhérences unissent la vessie dans toutes les directions. Le péritoine est rouge. Il n'y a ni pus ni urine dans l'abdomen.

L'auteur n'a pu examiner les autres organes.

La cause de la mort échappe dans ce cas. L'auteur ne connaît pas d'autre cas de mort attribuable à la ponction de la vessie. L. GALLIARD.

I. — Zur Kenntniss der Blasensteine bei Frauen, par Otto MANKIEWICZ (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 2, *p.* 37, 9 *janvier* 1893).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Idem*, *p.* 48).

I. — Femme de 48 ans, ayant subi, en mars 1891, la laparotomie et l'ablation de l'utérus et de ses annexes pour fibromes multiples. Dès lors, cystite et émission de calculs. A la fin de juin 1892, Mankiewicz constate la présence, au côté gauche de la vessie, d'un volumineux calcul pour lequel il fait plusieurs lithotrities. Dans l'une de ces séances, l'instrument ramène un fil de soie, long de 7 centimètres 1/2, tordu plusieurs fois sur lui-même et offrant un nœud; ultérieurement, la malade rend encore avec les urines plusieurs fils moins longs. On examine alors un calcul amygdaliforme

expulsé spontanément dix-huit mois avant les lithotrities et l'on reconnaît qu'il a aussi pour noyau un fil de soie.

II. — L. Landau a vu deux faits semblables chez ses ovariotomisées. Les ligatures perdues donnent lieu à un abcès de voisinage qui s'ouvre dans la vessie ; à la suite du pus, y pénètre le fil. Mais cette pénétration n'a généralement pas lieu subitement, sinon le fil serait rapidement expulsé par la miction. La présence du nœud, retenu par l'orifice trop étroit, donne aux chefs déjà arrivés dans la vessie le temps nécessaire pour s'incruster et devenir le centre des calculs. Sur une malade de Freudenberg, il a eu l'occasion de reconnaître, à l'aide du cystoscope, le mécanisme de migration des fils ; les extrémités seules du fil étaient déjà visibles au fond de la vessie, tandis que le nœud était encore resté au dehors.

Posner a observé deux cas de ce genre à la suite d'hystéropexies vaginales ; chez l'une de ces femmes, il a pu extraire le nœud déjà incrusté, mais n'ayant pas encore eu le temps de former un calcul. (*R. S. M.*, XXXVIII, 273.) J. B.

Indications et résultats éloignés de l'urétrostomie périnéale, par PONCET (7e *Cong. franç. chir. Bulletin méd.*, 5 *avril* 1893).

Dans cette opération, que Poncet a pratiquée 12 fois, le canal, mis à nu, est sectionné transversalement immédiatement en arrière ou au niveau même du rétrécissement. Le bout postérieur est disséqué sur une longueur d'une dizaine de millimètres ; on excise la paroi inférieure sur la même longueur et on suture les lèvres de la plaie aux bords cutanés de l'angle inférieur. Quant au bout antérieur, il est abandonné dans la plaie, que l'on réunit par le nombre de sutures nécessaires.

Cette opération, simple et nullement grave, serait indiquée dans les rétrécissements, qui n'ont pas cédé aux urétrotomies, à l'urétrectomie et à l'urétroplastie, et dans le cas de tuberculose urétrale, avec transformation fongueuse du tissu spongieux.

Chez quelques malades opérés depuis plus de quinze mois, il n'y a pas eu de récidive des accidents. OZENNE.

Two cases of circular urethrorraphy, par Pearce GOULD (*The Lancet, p.* 1135, 13 *mai* 1893).

Le premier malade était un garçon de 11 ans, qui, dans une chute, s'était fait une rupture transversale complète de l'urètre, en avant du ligament triangulaire. Une incision médiane sur le raphé périnéal permit de faire une suture des deux bouts de l'urètre rupturé. La vessie fut ensuite ouverte au-dessus du pubis, et une sonde placée à demeure au-dessus du pubis.

La guérison était complète au bout d'un mois, sans rétrécissement de l'urètre.

Le second malade, âgé de 41 ans, en tombant sur une barre de fer, s'était également fait une déchirure complète de l'urètre. Une suture réunit les deux bouts du canal, tandis que de longues incisions permettaient l'évacuation d'un épanchement de sang et d'urine accumulé dans le scrotum. La guérison, complète au bout d'un mois, s'effectua sans entraîner de rétrécissement. MAUBRAC.

Cystotomie et prostatectomie sus-pubienne, par JULLIEN, OLLIER (7e *Cong. fr. chir. Bulletin méd.*, 5 *avril* 1893).

L'observation de Jullien concerne un homme de 63 ans, porteur d'une

volumineuse prostate ayant déterminé une dysurie absolue. La vessie, ouverte, fit découvrir au niveau du col un gros lobe médian et deux latéraux; la muqueuse fut disséquée et chacun d'eux enlevé à l'aide d'une grosse pince coupante : cautérisation au thermo-cautère, sutures partielles sur les extrémités latérales de l'incision et drainage. Suites opératoires simples; rétablissement normal des mictions, mais persistance d'une fistulette abdominale constatée encore sept mois après l'opération.

Ollier mentionne qu'au cours de différentes opérations il a enlevé plusieurs tumeurs pédiculées de la prostate. Dans un cas en particulier il a fait l'ablation du lobe moyen hypertrophié et sessile sur un malade qui, quinze ans plus tard, était en parfaite santé. OZENNE.

Ein Fall von Verletzung der Halswirbelsaeule..., par Max SCHEIER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 2, *p.* 35, 9 *janvier* 1893).

Cas de luxation incomplète de la cinquième vertèbre cervicale avec escarre du pharynx résultant de la compression exercée par l'os déplacé.

Homme de 30 ans, chute sur la tête d'une hauteur de 20 mètres. Paralysie complète des deux membres inférieurs et du bras droit, anesthésie cutanée complète des jambes, du ventre et du côté extenseur de l'avant-bras droit. Dès le lendemain, paralysie complète des membres supérieurs, anesthésie cutanée remontant jusqu'à la troisième côte. La sensibilité n'est normale qu'au niveau du visage, du cou et de la partie supérieure des bras et du haut de la poitrine. Respiration très superficielle, exclusivement diaphragmatique. Un peu de dysphagie. Soif intense. Faciès très rouge. Priapisme. A la constipation et à la rétention d'urine, font place, dès le troisième jour, une miction continue par regorgement et des selles involontaires. Ultérieurement, cystite et escarre sacrée. Mort le douzième jour par œdème pulmonaire.

Autopsie. — Rupture du ligament longitudinal antérieur entre les cinquième et sixième vertèbres cervicales. Corps de la cinquième cervicale (ainsi que les vertèbres supérieures) déplacé, en avant et en bas, de façon que le rebord postérieur de sa face inférieure repose presque entièrement sur le rebord antérieur de la face supérieure du corps de la sixième cervicale et que la moitié supérieure de la face antérieure de ce sixième corps n'est pas visible en avant. Fracture des apophyses transverses de la sixième cervicale ainsi que de l'apophyse épineuse de la cinquième.

La cinquième vertèbre déborde en avant le corps de la sixième d'au moins 1 centimètre; attrition presque totale du disque intervertébral correspondant; corps de la sixième un peu aplati de haut en bas. Le ligament longitudinal postérieur, intact, n'est détaché que de la face postérieure du cinquième corps vertébral.

La luxation n'est pas complète. En effet, si la surface articulaire de l'apophyse articulaire inférieure de la cinquième vertèbre a abandonné la surface articulaire de l'apophyse supérieure de la sixième, le bord inférieur de l'apophyse articulaire inférieure repose encore sur le bord supérieur de l'apophyse articulaire supérieure de la sixième. Les ligaments articulaires sont un peu déchirés.

A l'aide d'une pression sur la face antérieure de la cinquième vertèbre, la réduction est facile, mais elle ne se maintient pas. D'autre part, le déplacement ne disparaît pas quand on pratique l'extension sur la partie supérieure du rachis.

Pas d'épanchement sanguin dans le canal vertébral. Un extravasat, grand

comme 1 marc, entre les faces postérieures des quatrième et cinquième corps vertébraux et le ligament longitudinal postérieur. Au niveau de la cinquième vertèbre, du côté droit, une déchirure de la pie-mère, longue de 2 centimètres, laisse sortir un fragment de moelle gros comme un haricot.

Sur la paroi postérieure du pharynx, exactement en face du cartilage cricoïde, ulcération jaune-gris de la grandeur d'une pièce de 5 pfennigs, de forme complètement ronde et déprimée au centre ; au point correspondant, la muqueuse de la paroi antérieure du pharynx, recouvrant la face postérieure du cricoïde, est également ulcérée et jaunâtre sur une étendue un peu plus faible. Ces ulcérations sont exactement au niveau de la saillie anormale du rachis due au corps de la cinquième vertèbre cervicale. Cette saillie n'avait pu être reconnue durant la vie par le toucher digital intrapharyngé.

J. B.

New operation for old unreduced dislocation of the femur, par Arbuthnot LANE (*Brit. med. j., p.* 461, 4 *mars* 1893).

Le procédé d'Arbuthnot Lane est le suivant. Il divise tous les muscles qui s'insèrent aux trochanters et à la partie supérieure de la ligne âpre, fait la section sous-cutanée des adducteurs qui opposent de la résistance. Malgré cela, dans le cas décrit, il était impossible de maintenir la tête fémorale dans la cavité cotyloïde. La cuisse fut alors placée en rotation en dedans jusqu'à ce que la portion large de la tête fémorale fut détournée en avant et en dedans. Après avoir pratiqué dans l'ilion une excavation immédiatement au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, Lane réséqua la portion exubérante de la tête fémorale, de façon à en faire une tête arrondie, répondant à la cavité artificiellement créée, et il la fixa dans cette position au moyen d'une forte ligature passée à travers le tendon du muscle droit et le ligament antérieur, à son insertion sur la ligne intertrochantérienne. Le résultat fut très satisfaisant. H. R.

OPHTALMOLOGIE.

Bulletin de la clinique nationale des Quinze-Vingts pour 1892, par TROUSSEAU, CHEVALLEREAU, VALUDE, KALT et DUBIEF (*Paris,* 1893).

Le nombre des malades hospitalisés à la clinique, en 1892, a été de 1803, venant de 46 départements ; le nombre des journées de présence ayant été de 18,897, la moyenne s'élève donc à 40 jours $\frac{48}{100}$. Les consultants nouveaux ont été de 15,273 en augmentation de 605 sur l'année précédente. De nouveaux pavillons ont été élevés pour l'isolement des conjonctivites granuleuses et purulentes. Dans son compte rendu, chaque chirurgien insiste sur un point de clinique qui lui est plus familier. C'est ainsi que Trousseau étudie surtout la cataracte, l'iridectomie optique, le staphylome cornéen, les granulations; que Chevallereau traite de l'iridectomie dans l'opération de la cataracte, du kérotome, du décollement rétinien, du strabisme, des paupières, des voies lacrymales. Valude commente toutes les opérations qu'il a pratiquées dans l'année, tandis que

Kalt insiste surtout sur les opérations secondaires à la suite de l'extraction de la cataracte, sur le traitement des voies lacrymales, de l'ectropion consécutif au larmoiement. Enfin Dubief expose les recherches faites au laboratoire de la clinique, analyses d'urines, examens histologiques, etc.

ROHMER.

La périmétrie des couleurs, par HEGG (*Ann. d'ocul. CIX, mai* 1893).

Aussi longtemps, dit l'auteur, que nous ne posséderons pas de meilleur périmètre qui remplisse toutes les conditions physiologiques exigées, il faudra nous contenter de ce que nous avons. Assurément, il ne serait pas superflu, mais au contraire, fort désirable de trouver un appareil d'un maniement facile, à l'aide duquel les malades puissent aisément trouver eux-mêmes les groupes de combinaisons chromatiques invariables qui conviennent à chacun d'eux, et qui puisse en même temps servir de périmètre. L'auteur arrive à conclure que la périmétrie des couleurs n'est pas l'équivalent d'une détermination de la sensibilité périphérique de la rétine vis-à-vis des couleurs, parce que cette dernière détermination ne comporte pour chaque couleur qu'une seule intensité de l'irritation. La sensibilité de la rétine pour les couleurs diminue progressivement du centre vers la périphérie; la cause de cette diminution est due probablement aux éléments sensoriels de la rétine. Dans les affections des organes conducteurs (nerf optique), on peut, de la façon dont se comportent les champs visuels colorés, formuler une conclusion sur l'acuité visuelle excentrique, mais seulement à condition que les milieux réfringents projettent une image nette sur la rétine. La périmétrie des couleurs permet dans tous les cas de juger de la continuité du champ visuel. Elle remplace l'examen de l'acuité visuelle périphérique. On peut diviser toutes les couleurs en deux groupes : *a*) celles qui, vers la périphérie, passent au gris neutre par le bleu, *b*) celles qui, vers la périphérie, passent au gris neutre par le jaune. Les recherches du domaine de la périmétrie des couleurs ne peuvent prétendre à un caractère scientifique que si elles sont exécutées avec des couleurs invariables et de même valeur blanche. La calotte de Scherk, modifiée par Pflüger, est le meilleur périmètre que nous possédions; mais son fond ne doit pas être coloré en noir.

ROHMER.

Die Augen der Zoeglinge der Breslauer Taubstummenanstalt, par Herm. COHN (*Berlin. klin. Wochens., n°* 13, *p.* 315, 27 *mars* 1893).

Sur les 286 sourds-muets, élèves de l'Institut de Breslau, Cohn en a examiné 139, qui lui avaient été signalés par le directeur comme n'ayant pas une vision normale. Les résultats de cet examen diffèrent à maints égards de ceux des écoles ordinaires. En effet, Cohn n'a constaté que 18 myopes dont 6 (soit 2 0/0) seulement étaient atteints de la myopie acquise imputée à la fréquentation des écoles. Parmi les sourds-muets, le nombre des myopes n'augmente ni de classe en classe, ni avec l'âge des enfants. Les degrés de myopie étaient excessivement faibles; la moyenne n'était que de 0,8 de dioptrie pour les six cas de myopie scolaire proprement dite. Enfin, le degré de myopie n'augmente pas de classe en classe, ni au fur et à mesure des progrès de l'âge.

Les recherches entreprises dans d'autres instituts de sourds-muets, par Adler à Vienne et par Schaefer (*R. S. M.*, XXIV, 663), à Gerlachsheim, ont fourni des résultats identiques.

Cohn les explique par la fréquente interruption du travail de près, nécessitée par l'enseignement de la parole, par le bon éclairage et l'excellent aménagement des salles et par la courte durée des travaux scolaires restreints à une heure par jour.

Le nombre des hypermétropes était de 45. Etaient affectés d'amblyopie, 27 enfants, la plupart scrofuleux. J. B.

Ueber eine eigenthümliche Form von unregelmässigen... (Sur une forme spéciale d'astigmatisme cornéen irrégulier (hypermétropie partielle corrigeable) compliquée d'un trouble sérieux de l'accommodation relative sur l'œil atteint), par AXENFELD (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., février* 1893).

Chez un malade âgé de trente-huit ans, on avait traité un ulcère cornéen central par la méthode de Saemisch ; la cornée s'était aplatie au centre ; le malade ne pouvait corriger cette hypermétropie acquise par un effort d'accommodation. Mais si on rendait hypermétrope l'œil sain à l'aide d'un verre concave, l'accommodation de l'œil malade faisait un effort identique. Dans la vision de près, l'accommodation fonctionne normalement des deux côtés. Dans trois cas semblables que l'auteur a observés, il explique l'anomalie de l'accommodation par deux images rétiniennes : l'une formée par les parties périphériques de la cornée qui produisent une réfraction à peu près emmétrope ; l'autre formée par les rayons passant par les parties centrales de la cornée, fortement hypermétropes. ROHMER,

De la myopie dans les écoles de Genève, par SULZER (*Revue méd. Suisse romande, XIII*, 24, *janvier* 1893).

Sulzer a examiné 2,926 yeux d'élèves d'une école primaire, d'une école professionnelle et des deux collèges de garçons.

430 yeux ont été trouvés atteints de myopie; 7 de ces yeux présentaient des altérations indépendantes de l'enseignement; ils appartenaient à trois individus atteints de myopie inflammatoire bilatérale et à un garçon offrant une déformation cornéenne unilatérale.

Les 423 autres yeux, soit les 98,4 0/0 du chiffre total des myopes, devaient leur vice de réfraction à la vision rapprochée. Ils appartiennent à 266 individus ; la myopie était donc unilatérale dans 109 cas, comprenant surtout des myopies commençantes.

L'école primaire présente 7 0/0 d'yeux myopes de 1 dioptrie en moyenne. L'école professionnelle, 9,7 0/0 de 1,43 D. en moyenne ; les collèges, 22,7 0/0 de 2,14 D. en moyenne. Aux collèges surtout, le degré de myopie va régulièrement croissant de classe en classe.

Il existe une relation intime entre l'inclinaison de la tête (nécessaire pour l'écriture penchée) et le côté où commence la myopie. Dans environ 60 0/0 des cas, la myopie est plus forte du côté droit, tandis que, dans les autres cas, la plus forte réfraction siège du côté gauche, et on observe la même proportion lorsqu'on cherche le nombre d'écoliers qui inclinent la tête à droite ou, au contraire, à gauche.

L'éclairage bilatéral des locaux scolaires est préférable à l'éclairage unilatéral. Il n'y a pas lieu d'appliquer l'éclairage différentiel qui consiste à faire les fenêtres plus étroites à la droite des élèves.

Sauf pour les livres de physique et de mathématiques qui exigent l'emploi de formules qu'il y aurait un inconvénient réel à diviser en deux lignes; la longueur de celles-ci ne devra pas dépasser 8 centimètres. Les livres classiques ne doivent pas être imprimés plus fin qu'en huit interligné d'un point; en d'autres termes, chaque ligne avec son blanc doit occuper en hauteur au moins $3^{mm},384$. De plus, il ne doit pas y avoir en moyenne plus de sept lettres par centimètre courant de texte. On devrait refuser tout livre qui, tenu verticalement et éclairé par une bougie placée à 1 mètre du texte, ne resterait pas parfaitement lisible pour une bonne vue à la distance d'au moins 80 centimètres. Pour les atlas de géographie, la lisibilité doit être telle que tous les noms d'une carte, posée verticalement à 1 mètre de distance d'une bougie, puissent être lus sans hésitation par une bonne vue à la distance de 40 centimètres.

L'introduction de l'écriture droite, la séparation de l'enseignement de la lecture de celui de l'écriture, une meilleure répartition du travail et du repos, sont les réformes les plus urgentes. J. B.

Die Muskelausschneidung als Schieloperation (Excision musculaire dans la strabotomie), par MULLER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., avril* 1893).

L'auteur recommande l'excision musculaire plutôt que l'avancement dans les strabismes forts, surtout dans le strabisme divergent. Au microscope, l'auteur a souvent constaté des altérations musculaires. Outre l'excision, il faut encore employer la ténotomie du muscle déviateur; l'effet peut être dosé exactement d'après la longueur du morceau excisé; l'insertion ne peut pas dévier dans le sens vertical ni produire, par conséquent, un effet désagréable. ROHMER.

Ueber Gangraen der Lidhaut (De la gangrène des paupières), par ELSCHNIG (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Juin* 1893).

De ses observations l'auteur conclut que la gangrène des paupières n'est qu'un symptôme ou une terminaison spéciale d'une lésion siégeant, soit à la peau (œdème malin, érysipèle gangréneux), soit dans le tissu cellulaire sous-cutané (abcès consécutif à un érysipèle, phlegmon métastatique); la gangrène primitive, essentielle, comme celle que l'on observe aux extrémités inférieures chez les vieillards, à la suite de thrombose cachectique (gangrène sénile), ou dans certaines intoxications ou lésions nerveuses produisant des troubles vaso-moteurs, aux doigts par exemple, toutes ces variétés de gangrène n'ont pas encore été observées aux paupières. ROHMER.

Zur operativen Behandlung des Symblepharon, par SAMELSOHN (22e *Congrès allem. Heidelberg*, 1892).

Dans un cas d'adhérence de la partie externe du globe aux deux paupières, l'auteur procéda de la façon suivante : la paupière supérieure est d'abord détachée de l'œil; puis un lambeau est taillé sur la paupière inférieure; par deux incisions verticales partant, l'une de l'angle externe, l'autre du milieu de la paupière et longues chacune de 1 centimètre 1/2; leurs extrémités sont réunies par une incision horizontale parallèle au

bord des paupières ; ce lambeau cutané est disséqué délicatement et relevé puis suturé sous la paupière supérieure, sa face cutanée regardant le globe, sa face cruentée en rapport avec la plaie de la paupière. Le pansement reste cinq jours en place ; au bout de ce temps, on sectionne le pédicule ; la plaie de la paupière inférieure a été comblée par glissement dans la première séance, ou même plus tard. Cette première réfection obtenue, on procède de même pour la paupière inférieure.

ROHMER.

Scopolaminum hydrochloricum, ein neues Mydriaticum und seine Anwendung in der ophthalmologischen Praxis (Hydrochlorate de scopolamine, nouveau mydriatique, et son emploi en ophtalmologie), par RAEHLMANN (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., février* 1893).

C'est Schmidt, de Marburg, qui a extrait la scopolamine des racines du scopolia atropoïdes : elle agit sur l'organisme comme ses congénères, l'atropine et l'hyoscine ; instillisée en solution aqueuse dans le cul-de-sac conjonctival, elle produit une dilatation de la pupille. D'après Raehlmann, le nouveau produit serait préférable à l'atropine elle-même, aussi bien, comme mydriatique que comme antiphlogistique ; elle n'a pas sur l'organisme l'influence fâcheuse que produit l'effet de l'atropine longtemps prolongée. Son effet bienfaisant se fait surtout sentir dans le pannus et les kératites suppurées.

Physiologiquement, elle ralentit le pouls, et peut être employée malgré l'augmentation de tension intra-oculaire. Une solution de scopolamine au 1/500 équivaut à une solution d'atropine à 1/100 ; généralement on emploie des solutions à 1/1000 et 1/500 ; il est bon d'employer des doses massives de 6 à 7 gouttes par jour. ROHMER.

Beitrag zu den Entdeckungsmethoden einsitig simulirter Ambliopie und Amaurose (Contribution à l'étude des méthodes servant à démasquer la simulation d'amaurose ou d'amblyopie unilatérale), par WICHERKIEWICZ (*Klin. Monats. f. Augenheilk., avril* 1893).

Par la skiascopie on détermine la réfraction des deux yeux ; puis, on munit l'œil prétendu amaurotique de son verre correcteur et l'autre d'un verre convexe +10D ou plus, et on fait lire le simulateur à la distance de 5 mètres. Comme il n'a pas le temps de fermer l'œil simulant l'amblyopie, il lit de l'œil soi-disant amblyope. S'il s'agit d'une simulation d'amaurose totale, on fait fermer les deux yeux au malade et on projette avec l'ophtalmoscope la lumière alternativement sur les deux yeux en faisant dire au malade rapidement s'il perçoit ou non de la lueur. ROHMER.

Die Chloropie (La vision en vert), par HILBERT (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., février* 1893).

Une femme de 63 ans, souffrant depuis longtemps de scotome scintillant, qui dans un accès d'hémicranie ayant duré plus de 12 heures, tout à coup vit à travers un léger nuage verdâtre ; plus l'acuité visuelle baissait, et plus la vision en vert devenait intense ; ni la lumière, ni la fermeture de l'un ou de l'autre œil n'avait d'influence sur cette sensation. L'ophtalmos-

cope ne révéla rien. La vision en vert est donc ici d'origine centrale ; la malade est neurasthénique. L'auteur rappelle des cas semblables de Mackenzie, Szokalski, Purtscher, Williams : il s'agirait d'une hallucination dans la perception des couleurs. ROHMER.

De l'exophtalmos intermittent ou exophtalmie à volonté, par E. SERGENT (*Gaz. des hôpitaux*, 27 *mai* 1892).

L'auteur, à propos d'une observation personnelle, fait une revue générale de la question, et tire les conclusions suivantes : L'exophtalmos intermittent garde définitivement la place que lui a assigné Yverti dans le groupe des tumeurs veineuses de l'orbite en communication directe avec la circulation veineuse intra-cranienne. Cette nature veineuse, prouvée par la compression des jugulaires, n'est qu'une dilatation variqueuse des veines de l'orbite dans leur ensemble ou d'un gros tronc seulement, et en particulier, de la veine ophtalmique supérieure. Cette tendance à la dilatation veineuse résulte, selon toute probabilité, d'une prédisposition individuelle et locale, qui en fait la conséquence d'une anomalie bien plutôt qu'une lésion pathologique; elle est étroitement liée à la résorption du tissu graisseux de l'orbite et au relâchement de l'appareil ligamenteux de l'œil. C'est une affection bénigne, à évolution lente, stationnaire à dater de sa première apparition, sans retentissement sur la fonction visuelle, ni sur la santé générale. Le diagnostic en est aisé, car il repose sur des symptômes caractéristiques qui ont une valeur pathognomonique. Le traitement tient en un mot « abstention ». Étant donné que l'exophtalmie n'apparaît que dans des conditions que le sujet peut provoquer ou éviter, l'auteur propose de substituer à la dénomination d'exophtalmos intermittent, celle d'exophtalmie à volonté, qui semble plus explicite. ROHMER.

Ein Fall von tüberculöser Geschwulst... (Un cas de tuberculose des tubercules quadrijumaux avec ophtalmoplégie bilatérale), par GOLDZIEHER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *février* 1893).

Chez un enfant de 5 ans, atteint de ptosis bilatéral, d'exophtalmie et de paralysie des oculo-moteurs, sans lésion d'autres nerfs crâniens, on trouva à l'autopsie, au niveau des tubercules quadrijumeaux, une tumeur de la grosseur d'une noisette ayant un peu rétréci l'aqueduc de Sylvius, sans lésion de la substance grise des 3e et 4e ventricules ; le microscope révèle la nature tuberculeuse de la tumeur. Pratiquement, l'auteur conclut qu'une tumeur qui envahit toute la région des tubercules quadrijumeaux n'est pas accompagnée de cécité ; une ophtalmoplégie externe totale, même accompagnée de coma n'est pas la conséquence forcée de lésions primitives des noyaux de l'oculo-moteur commun. Si l'ophtalmoplégie se combine avec du vertige et de l'incoordination des mouvements dans les extrémités inférieures, on peut conclure que le siège de la lésion est dans les tubercules quadrijumeaux. Seules, ces minces lésions peuvent provoquer des secousses spastiques avec des convulsions épileptiformes généralisées. ROHMER.

Klinisch-anatomischer Beitrag zur Kenntiss der Orbitalphlegmone (Contribution anatomo-pathologique à l'étude du phlegmon orbitaire), par BAAS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *mars* 1893).

Dans un cas, c'est à la suite d'une dacryocystite aigüe, consécutive à une

rhinite chronique, que survint le plegmon qui rejeta l'œil vers la partie supérieure de l'orbite ; le rebord inférieur de celui-ci était seul sensible à la pression ; le quatrième jour, il survint une cécité absolue par compression du nerf optique. L'incision du point lacrymal inférieur et des injections dans le sac calmèrent les accidents phlegmoneux, mais la vision resta abolie par atrophie de la papille. Dans un second cas, un phlegmon orbitaire double survint chez une femme de 24 ans, à la suite d'une parotidite suppurée droite ; la malade mourut au bout de quatre semaines. Le microscope montra dans le tissu de l'orbite de nombreux foyers purulents, ainsi que dans les enveloppes des nerfs et des muscles et dans les muscles eux-mêmes. Le nerf optique et la rétine montraient une stase veineuse prononcée ; mais les fibres du nerf optique étaient intactes. L'œil gauche avait une irido-kératite suppurée. D'après l'auteur, le pus aurait cheminé dans les veines pour aller infecter le sinus caverneux et faire suppurer les deux orbites. ROHMER.

De l'épithélioma primitif de la conjonctive bulbaire et en particulier du limbe scléro-cornéen, par LEMELLETIER (*Thèse de Paris*, 1893).

L'épithélioma est la plus commune des tumeurs qui naissent sur la conjonctive bulbaire et au niveau du limbe scléro-cornéen. Il se rencontre surtout à partir de 50 ans, et se présente tantôt sous forme de tumeur rouge grisâtre ou rouge du volume d'une lentille empiétant plus ou moins sur la cornée, tantôt sous forme d'ulcération semblant occuper tout le segment antérieur ; quelquefois ce cancroïde revêt la forme mélanique. Le plus souvent la tumeur appartient au groupe épithélioma pavimenteux lobulé : c'est à l'union de la cornée et de la sclérotique, l'une et l'autre très résistantes, que se présentent ordinairement les perforations. La tumeur s'étend plutôt en surface que dans l'intérieur de l'œil. La durée de l'évolution, très variable est assez lente d'ordinaire. L'épithélioma conjonctival a un pronostic sérieux ; mais il n'entraîne pas nécessairement la perte de la vision et la destruction du globe oculaire. L'extirpation de ce néoplasme doit être faite de bonne heure et aussi complètement que possible, pour prévenir des désordres graves qui nécessiteraient l'énucléation. Quand la propagation s'est effectuée à l'intérieur du globe ou dans l'orbite, il faut encore intervenir par l'énucléation ou par l'exentération de l'orbite. ROHMER.

Étude sur le traitement chirurgical des conjonctivites granuleuses, par LABITTE (*Thèse de Paris*, 1892).

Travail inspiré par Trousseau, essentiellement éclectique, et dont les conclusions sont : qu'il n'y a pas de traitement chirurgical qui doive primer et dominer les autres ; mais il y a toute une série de moyens mécaniques et chirurgicaux où il faut savoir puiser suivant les circonstances. Une seule méthode, dit Trousseau, n'aurait de raison d'être que si tous les cas étaient semblables et absolument comparables entre eux. La variété de formes, d'intensité, de siège des granulations, oblige le clinicien à une thérapeutique variée. Le jour est encore éloigné où triompheront les formules uniques du traitement. ROHMER.

I. — Fall von Conjunctivitis crouposa... (Conjonctivite pseudo-membraneuse bénigne avec bacilles diphtéritiques), par W. UHTHOFF (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 11, p.* 251, 13 *mars* 1893).

II. — Ueber das Vorkommen der Lœffler'schen Diphtheriebacillen, par C. FRÆNKEL (*Ibidem, p.* 252).

I. — Fillette de 5 ans, ayant du côté gauche une conjonctivite pseudo-membraneuse, guérie sans laisser de traces, en l'espace d'une quinzaine. L'examen bactériologique des fausses membranes palpébrales révèle la présence de quatre espèces de microorganismes : 1° des bacilles grêles, assez longs, n'ayant pas de mouvements propres dans la goutte pendante, croissant rapidement, même à la température ordinaire, sur et dans la gélatine, sans la liquéfier; 2° des staphylocoques dorés; 3° des streptocoques; 4° des bacilles diphtéritiques de Löffler. L'identité et la virulence de ces derniers furent établies par des injections dans le tissu sous-cutané de cobayes et par l'inoculation dans la cornée d'un lapin.

Dans un autre cas de conjonctivite pseudo-membraneuse, l'examen bactériologique a été négatif. D'autre part, dans la même affection, Gerke et Kain (*Arch. f. Augenheilk.*, XXIV) viennent de décrire un bacille pathogène spécial. Il semble donc que la conjonctivite pseudo-membraneuse (les Allemands disent : croupale) ne soit pas une affection univoque.

II. — Fränkel conclut de ses observations que dans la diphtérie vraie, on peut rencontrer à la fois des bacilles de Löffler virulents et des bacilles de Löffler affaiblis (bacilles pseudo-diphtéritiques); que ces derniers se rencontrent dans des affections nullement diphtéritiques et même fréquemment sur la muqueuse saine de la bouche ou du pharynx. On peut même constater soit dans des affections non diphtéritiques, soit sur la muqueuse bucco-pharyngée saine, la présence de bacilles de Löffler virulents.

Les bacilles de Löffler affaiblis, non virulents, se rencontrent très souvent sur la conjonctive et la cornée même normales; Fränkel les a constatés en particulier dans deux cas de xérophtalmie et il pense que ce sont les mêmes bacilles que de nombreux observateurs, tels que Kuchbert et Neisser (*Deutsche med. Woch.*, 1884 et *Zeitschrift für Hygiene*, IV), Fränkel et Franke (*Arch. f. Augenheilk.*, XVII; 1887), Schreiber (*Fortschritte der Medicin*, 1888), Ernst (*Zeitschr. f. Hygiene*, IV) ont notés dans cette affection conjonctivale. Enfin, C. Fränkel a décelé des bacilles diphtéritiques virulents dans le cas ci-dessus d'Uhthoff, regardé comme un croup conjonctival, affection bénigne, nullement contagieuse, au dire des ophtalmologistes. J. B.

Zwei auf chemischem Wege geheilte Fälle atypischer Kalkpräcipitationen in der Hornhaut (Deux cas de guérison par voie chimique d'incrustations calcaires dans la cornée), par BIRNBACHER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juin* 1893).

Dans deux cas de dépôts calcaires spontanés sur l'épithélium cornéen chez des vieillards, l'auteur a pu les faire disparaître en les touchant légèrement avec un pinceau imbibé d'une solution d'acide chlorhydrique à 5 0/0; on neutralisait immédiatement avec du chlorure de sodium; dès le lendemain de l'opération, l'épithélium était régénéré et sa cornée redevenue transparente. Des lambeaux d'épithélium cornéen examinés au microscope, ont montré que les cellules épithéliales étaient chargées de grains calcaires, composés probablement de phosphate de chaux. Comme étiologie, l'auteur pense qu'il

s'agit d'une surcharge calcaire du sang, due à la résorption des os chez les vieillards. ROHMER.

Zur Casuistik der cornealen Neubildungen (Contribution à l'étude des tumeurs cornéennes), par RUMSCHEWITSCH (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *février* 1893).

Il s'agit d'un sarcome développé sur la cornée d'une jeune fille de 14 ans; les deux yeux étaient atteints de granulations. Sur l'œil gauche, la conjonctive est intacte, mais la cornée panneuse est couverte d'un épais tissu sarcomateux ; on traita d'abord les granulations par les scarifications, le sulfate de cuivre et l'alun ; elles furent guéries au bout de deux mois ; pendant ce temps la masse cornéenne avait augmenté : des douleurs survinrent et finalement on énucléa l'œil. Sur une coupe équatoriale, on trouve la partie postérieure de l'œil saine, sains aussi le cristallin et le tractus uvéal. La cornée, en son centre, avait 4 millimètres d'épaisseur, à sa périphérie 4 millimètres 5. Au microscope, la conjonctive montra quelques multiplications de cellules, mais sans caractère pathologique, la sclérotique n'est pas altérée. Sur la cornée, on voit la membrane de Descemet normale, de même que les canaux de Fontana et de Schlemm. Les couches moyennes de la cornée sont un peu vasculaires, ces vaisseaux provenant de la conjonctive et de la sclérotique. Autour des vaisseaux est une abondante prolifération cellulaire. Dans la tumeur même, on voit pénétrer des traînées de substance conjonctive avec des vaisseaux provenant de la conjonctive. La masse même de la tumeur était composée de petites cellules répandues dans une substance de soutien, comme dans le sarcome. ROHMER.

Nature et traitement des ulcères de la cornée à hypopion, par BELOHOUS (*Thèse de Paris*, 1893).

Chez les enfants les ulcères de la cornée à hypopion étant intimement liés à la scrofule doivent être traités par une médication tonique et reconstituante. Les ulcères à hypopion des adultes sont de nature infectieuse et réclament avant tout un traitement antiseptique. Chez les adultes, le pansement sec et occlusif à l'iodoforme, proposé par Valude, réussit très bien dans tous les ulcères à hypopion non compliqués de blennorrhée du sac lacrymal, ou de conjonctivite ou de rhinite chronique avec ozène. Les ulcères à hypopion compliqués résistent à tout traitement antiseptique tant qu'on n'a pas guéri les complications. La kératotomie, la cautérisation ignée seront indiquées dans les ulcères à hypopion compliqués qui résisteront aux traitements ordinaires.

ROHMER.

Ueber Creosot bei tuberculöser Iritis (De l'emploi de la créosote contre l'iritis tuberculeuse), par QUINT (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *mars* 1893).

Il est démontré aujourd'hui, dit l'auteur, que la tuberculose intervient plus souvent qu'on ne pensait dans les maladies de l'iris ; ainsi certaines iritis qu'on attribuait autrefois à toute sorte de causes, doivent être mises sur le compte de la tuberculose, malgré l'absence de symptômes généraux, telles seraient, d'après Michel, ces formes d'iritis à marche chronique, avec productions inflammatoires rares et dépôts sur la face postérieure de la cornée. Par analogie avec ce qui se passe pour le poumon tuberculeux, l'auteur a pensé que l'emploi de la créosote serait utile en cas d'iritis, et il rapporte deux succès obtenus. Une seule des observa-

tions est démontrée nettement tuberculeuse, grâce à l'inoculation d'un lambeau d'iris, tandis que, pour l'autre, il est permis de rester dans le doute. ROHMER.

Des variations que subissent sous l'influence de l'âge les rayons de courbure du cristallin, par BERTIN-SANS (*Soc. de biol.*, 27 *mai* 1893, *et Archiv. d'opht.*, *n°* 4, 1893).

La plupart des auteurs qui ont mesuré les rayons de courbure des faces du cristallin ne paraissent pas s'être préoccupés d'établir si l'âge exerce ou non une influence sur la valeur de ces rayons ; l'auteur s'est servi de l'ophtalmomètre de Helmholtz, adoptant d'ailleurs la disposition indiquée par l'illustre physiologiste ; il a opéré sur des cristallins de veau, de vache et d'agneau, aussi rapidement que possible après la mort de l'animal. De ces recherches, il conclue que, pour une même espèce animale, les rayons de courbure des deux faces du cristallin accommodé pour le remotum augmentent à mesure que l'animal avance en âge. Le remotum se rapprocherait donc, si l'augmentation d'indice ne compensait le facteur précédent. ROHMER.

Ein Beitrag zur Entwickelung der Katarakt (Contribution à l'étiologie de la cataracte), par RECHE (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *mai* 1893).

Ayant eu occasion d'examiner deux cataractes tout à fait à leur début, l'auteur y a découvert à l'aide de la loupe des rayons à peine apparents, après dilatation par l'atropine ; à côté des rayons, il y avait, chez un diabétique, des boules de différentes grosseurs, semblables à des sortes de bulles répandues dans la substance cristallinienne. D'après Magnus, les rayons transparents seraient dus à une érosion superficielle cristalline. Schön, au contraire, prétend qu'il s'agit de plissements de la capsule, dus à des adhérences des procès ciliaires qui ont empêché la rétraction de la capsule sur la lentille proprement dite, mais on ne trouve, pour ainsi dire jamais, chez l'homme ces adhérences des procès ciliaire. Il y aurait plus d'analogie avec ce qui se produit dans la cataracte naphtalinique, dans laquelle on peut hâter ou ralentir la production des opacités rayonnées, suivant qu'on fait absorber aux animaux plus ou moins de naphtaline. ROHMER.

Zur Pathologie und pathologischen Anatomie verschiedener Staarformen (Pathologie et anatomie pathologique de diverses formes de cataracte), par HESS (*Graefe's Arch. f. Opht.*, *XXXIX*, 1).

L'auteur étudie successivement les cataractes centrales; périnucléaires, certaines formes de cataractes congénitales, et la cataracte ponctuée. Pour la cataracte zonulaire l'auteur admet l'explication de Schirmer, d'après laquelle, le noyau subirait une rétraction, que les couches corticales ne suivraient pas avec la même promptitude, d'où formation de fentes. Il rejette la théorie chimique de Beselin, qui veut que les altérations du cristallin soient dues à des troubles de nutrition d'origine rachitique, et survenues à un moment où toute la lentille avait encore la consistance du noyau primitif. Du reste, cette rétraction du noyau a aussi une part prédisposante dans la formation de la cataracte sénile. Prati-

quement, l'auteur se rallie à l'opinion de Schweigger et d'autres, qui disent qu'à la fin de la cinquantaine, on peut hardiment extraire une lentille incomplètement opacifiée : si cette opacification n'est pas complète, il faut, ou bien attendre l'âge désigné, ou procéder à une maturation artificielle. Il y a cependant des exceptions à cette règle de Schweigger un peu absolue, puisque Hess a pu enlever en totalité des cataractes ponctuées chez des gens âgés de 56, 42 et 40 ans. ROHMER.

Ueber die Entstehung des Schichtstaars und verwandter Staarformen (Etiologie de la cataracte zonulaire et de différentes formes de cataractes), par PETERS (*Graefe's Arch. f. Ophth. XXXIX*, 1).

Sur des cristallins atteints de cataracte zonulaire et provenant d'un enfant d'un an, l'auteur a trouvé autour des noyaux une zone d'altération déjà macroscopiquement visible, et en relation avec le noyau de la couche corticale; les faces antérieure et postérieure sont limitées par une zone liquide limitée par une large fente; la corticale ne montre que peu d'altérations, mais est plus ou moins détachée de la cristalloïde postérieure; là aussi l'espace ainsi formé est rempli par du liquide. L'auteur explique ces altérations par une rétraction du noyau qui se sépare des couches corticales, sauf à l'équateur où persiste une mince bandelette adhérente. L'auteur rapporte aux mêmes lésions les troubles observés dans la cataracte totale, et s'appuie pour cela, en partie, sur l'opinion de Becker, qui avait commencé des recherches sur ce point. ROHMER.

Ueber die Ursache der streifenförmigen Hornhauttrübung nach Staarextraction (Étiologie des opacités striées de la cornée consécutives à l'extraction de la cataracte), par HESS (22e *Congrès allem. d'opht. Heidelberg*, 1892).

Deux fois seulement (Becker, Laqueur et v. Recklinghausen), on a pu faire l'examen histologique de ces kératites striées; on a trouvé chaque fois un élargissement des espaces lymphatiques de la cornée, surtout dans les couches profondes; et c'est à cet élargissement qu'on attribuait la présence des stries. Dans un cas que Hess a eu occasion d'examiner, il a trouvé sur la face postérieure de la cornée de petites élévations qui affectaient la même direction que les stries. La dilatation des espaces lymphatiques a été trouvée dans toute la cornée; elle n'a donc rien à voir avec les stries : au contraire, les couches postérieures de la cornée étaient soulevées et avaient subi un vallonnement dirigé dans le sens des stries. Expérimentant sur le lapin, Hess a retrouvé les mêmes lésions qu'il attribue à une élasticité différente des diverses couches cornéennes. ROHMER.

Gouty retinitis, chorio-retinitis, and neuro-retinitis, par Stedman BULL (*New York med. journ., p.* 169, 12 *août* 1893).

D'après l'étude de changements survenus dans la rétine chez 100 goutteux, Bull arrive aux conclusions suivantes :

Les modifications du fond de l'œil sont toujours bilatérales, quoique rarement symétriques. La dégénérescence des parois des vaisseaux sanguins et de la rétine cause une diminution de la vision centrale, altère peu ou point la vision périphérique et n'aboutit jamais à la cécité.

La perte de la vision centrale est toujours progressive, et une fois que la maladie est établie, on n'en peut espérer la guérison.

Les hémorragies dans la rétine sont rares, sauf au début de la maladie : plus tard, leur absence est probablement due à l'épaississement des parois vasculaires.

La lésion la plus marquée dans le fond de l'œil est le développement de la sclérose tant artérielle que veineuse, et cette altération se retrouve à un égal degré dans les vaisseaux de la rétine, de la choroïde et du nerf optique.

Le signe pathognomonique de l'affection est un exsudat granuleux, jaunâtre, dans la rétine, autour du pôle postérieur de l'œil, laissant ordinairement intacte la macula, et siégeant surtout dans la couche des fibres nerveuses, mais n'atteignant pas la couche des cônes et des bâtonnets.

Les altérations des fibres du nerf optique semblent être presque entièrement intra-oculaires. MAUBRAC.

Du décollement de la rétine syphilitique, par GALEZOWSKI (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 8 *juin* 1893).

Le décollement rétinien est rare dans la syphilis; cependant chez les sujets goutteux ou arthritiques la syphilis peut s'accompagner de lésions athéromateuses des parois vasculaires et de choroïdite exsudative et plastique. Les lésions débutent vers l'ora serrata et gagnent successivement les membranes voisines; les exsudats se liquéfient par places et refoulent la rétine vers le corps vitré ; par places, ils forment des plaques grisâtres, pigmentées. Dans la première période ou période de soulèvement de la rétine, on observe une perte du champ visuel, lente et progressive, des sinuosités des vaisseaux rétiniens noirs au milieu de la rétine laiteuse. Plus tard, l'examen ophtalmoscopique montre surtout des plaques exsudatives grisâtres, avec dépôts pigmentaires disséminés au pourtour. s'accompagnant fréquemment de décollement très étendu et de névrite optique. Des altérations aussi graves réclament un traitement énergique infaillible; l'auteur l'a trouvé dans le traitement par les frictions mercurielles. P. MERMET.

Des hémorragies syphilitiques du cercle ciliaire et de leur traitement, par GALEZOWSKI (*Soc. fr. de derm. et de syph.*, 20 *juillet* 1893).

Les cyclites hémorragiques sont des plus rares dans la syphilis; les constitutions goutteuses, toutefois, y prédisposent. Elles succèdent à des altérations vasculaires du cercle ciliaire et revêtent un aspect vraiment caractéristique. Outre les symptômes fonctionnels (brouillard, objets nuageux, diminution de l'acuité visuelle), l'examen ophtalmoscopique permet de constater dans la région du cercle ciliaire et particulièrement dans sa portion supéro-externe, des hémorragies en nappe, des bandes rouges situées transversalement, longeant le bord de la région ciliaire; dans le segment antérieur de la cavité oculaire on découvre souvent aussi de gros flocons hémorragiques. Le pronostic de ces choroïdites syphilitiques hémorragiques n'est point aussi grave qu'on pourrait le penser; elles cèdent assez facilement au traitement par les frictions mercurielles. P. MERMET.

Zur Casuistik und Ætiologie der praeretinalen Bindegewebebildung (Contribution à l'étude de l'étiologie des formations conjonctives sur la rétine (rétinite proliférante), par BLESSIG (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juin* 1893).

L'auteur a observé sur un individu de 40 ans, un œil atteint de production conjonctive prérétinienne, tandis que dans l'autre il y avait des hémorragies rétiniennes, récentes et multiples; la rétinite proliférante serait donc le résidu d'un processus déjà terminé, et aboutissant à l'atrophie de la papille et de la rétine (oblitération des artères, rétrécissement du calibre des veines, disparition du pigment). Il est probable qu'une hémorragie a dû autrefois précéder ces lésions; c'est là l'opinion de Leber. Du reste, chez le malade de Blessig, il y avait de l'artériosclérose généralisée qui permettait de penser à une altération des vaisseaux rétiniens. La meilleure preuve, du reste, de la véracité de cette opinion, c'est que, l'œil aujourd'hui atteint d'hémorragie allait plus tard aussi aboutir à la rétinite proliférante. ROHMER.

Bemerkungen über einseitige Retinitis hæmorrhagica (Remarques sur la rétinite hémorragique unilatérale), par WAGENMANN (22e *Congrès all. d'opht. Heidelberg*, 1892).

D'après les travaux de Michel, la rétinite hémorragique serait due surtout à la thrombose de la veine centrale de la rétine, qu'il s'agisse d'une lésion du cœur, d'un rétrécissement des artères, ou même d'une phlébite. Wagenmann publie un cas dans lequel l'hémorragie rétinienne est due à des embolies multiples des artères de la rétine ; ces accidents avaient été précédés d'iritis et de glaucome aigu. ROHMER.

Heilung der Kurzsichtigen Netzhautablösung... (Guérison d'un décollement rétinien myopique à la suite de l'extraction du cristallin cataracté; observation datant de 12 ans), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mars* 1893).

Chez une jeune fille de 25 ans, on constate en 1875 un décollement rétinien en bas sur l'œil droit ; en décembre 1881, on extrait la cataracte de cet œil; la guérison s'obtient facilement, l'acuité visuelle qui était de 0 avant l'opération est améliorée et le champ visuel lui-même s'est complété, toute la moitié supérieure faisant défaut, à tel point qu'en février 1893, avec un verre concave faible, la malade compte les doigts à 6 mètres, et avec +3D lit le n° XII de Snellen à 5 mètres ; le champ visuel est limité en haut à 40°, en bas à 50°, en dedans à 35°, et en dehors à 40°. A l'ophtalmoscope, on ne voit plus trace du décollement. ROHMER.

Ueber experimentelle Degeneration des Sehnerven (Dégénérescence expérimentale du nerf optique), par MICHEL (22e *Congrès all. d'ophth. Heidelberg*, 1892).

L'auteur énucléa l'œil d'un pigeon ; puis, 180 jours plus tard, il trouva les lésions suivantes : dans le nerf optique de l'œil énucléé, on trouve encore passablement de fibres à myéline; dans la bandelette du côté opposé, on trouve jusqu'au lobe optique, une atrophie semblable, sauf un mince faisceau situé au côté interne qui renferme des fibres normales; ce faisceau ne subira jamais la dégénérescence, quand il s'agira de faisceaux nerveux venant du lobe optique, et ces faisceaux occupent

exclusivement la partie médiane du tractus ; c'est un point nouveau sur lequel l'auteur a attiré l'attention. ROHMER.

Ueber die acute retrobulbäre Neuritis, par ELSCHNIG (22e *Congrès all. d'opht. Heidelberg*, 1892).

La névrite rétrobulbaire aiguë est une névrite interstitielle primitive du tronc du nerf optique, qui s'accompagne toujours d'inflammation aiguë du système nerveux central, myélite ou encéphalite. Les altérations de la vision sont causées, soit par compression ou troubles de nutrition dans le tronc du nerf optique, par inflammation du tissu interstitiel (ce sont là des lésions réparables); soit par dégénérescence secondaire des faisceaux nerveux, produisant des désordres irrémédiables. L'ophtalmoscope ne révèle rien au plus fort de la maladie, à cause de l'éloignement du siège de la lésion, sauf quand les lésions ont progressé jusqu'au bulbe, alors on peut voir un état hyperémique ou un léger trouble de la papille. Le pronostic est d'autant plus sérieux que les lésions papillaires apparaissent plus graves. Les cas de cécité subite attribués jusqu'alors à la névrite rétro-bulbaire, doivent en être séparés et mis sur le compte soit d'une périostite, soit d'une pachyméningite du nerf dans le canal optique. ROHMER.

Du traitement séquardien dans l'atrophie grise du nerf optique, par GALTIER (*Ann. d'ocul., CIX, mai* 1893).

Un tabétique, âgé de 35 ans, compte les doigts à 0,20 ou 0,30 centimètres de l'œil gauche ; aspect atrophique. L'œil droit à V=1/10, avec de même une papille blanche et des vaisseaux diminués de calibre. Comme état général, le tabes est à la période préataxique et il existe tous les signes de l'atrophie grise du nerf optique. Après deux mois de traitement avec le liquide organique, l'acuité visuelle est passée de 1/10 à 1/6 ; le champ visuel pour le blanc s'est étendu ; de plus, la faculté chromatique s'est améliorée.

L'auteur insiste sur l'efficacité du traitement dans une affection pour laquelle la thérapeutique est encore d'une stérilité désespérante ; il lui semble donc bon de noter ce qui paraît avoir été utile, si modeste que cela soit encore. ROHMER.

Atrophie des linkes Auges durch Syphilis bewirkt, par LEWIN (*Berlin. klin. Wochens., n°* 6, *p.* 148, 6 *février* 1893).

Lewin ne se rappelle pas qu'on ait encore publié de cas d'atrophie syphilitique du globe oculaire.

Femme de 35 ans ; au bout de trois mois de mariage, roséole syphilitique et iritis ; frictions mercurielles. Accouchement au huitième mois ; l'enfant, qui présentait une éruption, succomba au bout de 8 heures. Ultérieurement, la mère eut une ulcération du voile palatin et de la céphalée nocturne ; en 1889, hémiplégie gauche et paralysie faciale ; il subsiste un peu d'atrophie du membre supérieur gauche et une diminution de la motilité du pied correspondant. Signe de Romberg ; sensibilité normale.

Atrophie de l'œil droit avec opacités de la cornée (*N.-B.* Dans le titre il y a : atrophie de l'œil *gauche*). Lewin admet pour cette atrophie oculaire un mécanisme semblable à celui des atrophies du foie et du testicule dans la même maladie, c'est-à-dire une hypertrophie, suivie de rétraction, du tissu conjonctif interstitiel. J. B.

Untersuchungen über die Ophtalmia migratoria, par R. GREEFF (22e *Congrès all. d'ophth. Heidelberg*, 1892).

L'auteur a fait des recherches sur 19 yeux énucléés pour ophtalmie sympathique : avec toutes les précautions désirables, il a fait des cultures et inoculé dans la chambre antérieure de lapins, des fragments de nerf optique, des débris de corps vitré ou de tractus uvéal, et jamais il n'a découvert la moindre bactérie. Puis, faisant des inoculations d'aspergillus fumig. et de staphyl. pyog. aureus dans le corps vitré d'un œil, il n'a jamais vu le pus produit par la panophtalmie émigrer par le nerf optique. Le congénère n'était envahi que quand le poison s'était généralisé dans le sang ou transmis par les méninges. La théorie de Deustchmann est donc loin d'être prouvée. ROHMER.

Ueber sympathische Entzündung... (Inflammation sympathique sans perforation des enveloppes de l'œil sur l'œil sympathisant), par O. SCHIRMER (22e *Congrès allem. d'ophth. Heidelberg*, 1892).

L'auteur confirme la thèse d'A. de Graefe, d'après laquelle nulle ophtalmie sympathique ne peut survenir sans inflammation du tractus uvéal sur l'œil sympathisant. Vraisemblablement cette uvéite est due à des microbes, absolument comme si l'œil avait été perforé : il faut rejeter totalement l'action nerveuse. De quelle nature sont les bactéries qui engendrent cette inflammation? C'est ce qu'on ignore, mais il est certain que les microbes de la suppuration n'y sont pour rien. Il est probable que nos moyens d'investigations incomplets n'ont pu encore permettre ni de les découvrir, ni de les cultiver. ROHMER.

Étude sur la parésie double de l'accommodation, son analogie avec les paralysies hystériques, par CHIBRET (22e *Congrès allem. d'opt. Heidelberg*, 1892).

Sur 38 cas recueillis avec Augieras, Chibret a trouvé que la fréquence relative de l'affection a été de 1,7 0/0 des affections oculaires qui se sont présentées à la clinique en 1891. Elle se présente plus spécialement chez les jeunes sujets. La courbe de fréquence s'élève de 10 à 15 ans, atteint rapidement son point culminant de 15 à 20 ans pour descendre en pente douce vers 40 ans. Plus de la moitié des cas, 20 sur 38 (66 0/0) ont été observés de 10 à 20 ans. C'est donc une affection de jeunesse. La parésie de l'accommodation s'est en outre montrée beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Les causes pathogéniques déjà signalées par les auteurs ont manqué dans un grand nombre de cas. Comme paralysie concomitante, 17 fois sur 24 (74 0/0), la titillation de l'arrière-gorge ne donnait pas lieu au réflexe vomitif. ROHMER.

Zur Casuistik der strangförmigen Gebilde in Glaskörper (Contribution à l'étude des filaments du corps vitré), par JANNER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *février* 1893).

Jusqu'alors on en avait décrit de deux sortes, dues : soit à la persistance de l'artère hyaloïde, perméable ou oblitérée, soit sur le parcours du canal de Cloquet à des altérations post-embryonnaires du canal lymphatique central du corps vitré, tels que restes d'hémorragies, auxquelles la myopie prédispose surtout.

Chez un individu de 24 ans, à acuité visuelle très affiblie, l'auteur a vu à l'ophtalmoscope un filament partir du pôle postérieur du cristallin dans la direction du canal central ; la papille est un peu voilée ; ses vaisseaux sont normaux comme aspect et comme calibre ; quelques plaques pigmentaires sont situées tout autour. Des bords de la papille se détachent deux filaments qui vont rejoindre la face postérieure du cristallin sous un angle de 60°, sans cependant atteindre la lentille. On ne constate pas la présence d'une colonne sanguine dans l'intérieur de ces filaments. L'auteur se prononce en faveur d'une persistance de l'artère hyaloïdienne, en raison de la non-adhérence des filaments avec la cristalloïde postérieure. ROHMER.

I.—Ueber die pathologisch. anatomischen Veränderungen der Augenstörungen bei Hirn Syphilis (Altérations anatomo-pathologiques des yeux dans la syphilis cérébrale), par UHTHOFF (22e *Congrès d'opht. allem. Heidelberg*, 1892).

II. — Untersuchungen über die bei der Syphilis des Central nervensystems vorkommenden Augenstörungen (Recherches sur les lésions oculaires consécutives à la syphilis du système nerveux central), par UHTHOFF (*Graefe's Archiv, XXXIX, I*).

I. — Sur 100 cas de syphilis cérébrale, 17 fois on put pratiquer l'autopsie; 2 fois on trouva des lésions du bulbe oculaire (irido-choroïdite et rétinite); 3 fois on trouva de l'œdème papillaire; 2 fois de la névrite optique; 3 fois une atrophie simple de la papille, et 6 fois l'ophtalmoscope ne donna aucun résultat. Sur la partie orbitaire du nerf optique, on trouva de la périnévrite par hydropisie des gaînes, de l'atrophie descendante, une oblitération de l'artère ophtalmique, enfin une apparence normale même avec des lésions étendues de l'appareil de transmission de la base du cerveau. Dans l'intérieur du crâne, on trouva sur le nerf optique une dégénérescence gommeuse, une périnévrite plus ou moins avancée. Le chiasma était souvent lésé, 4 fois avec une hémianopsie temporale. Les nerfs des muscles oculaires étaient lésés dans 9 cas.

II. — Dans un travail de près de 200 pages, accompagné de nombreuses planches, l'auteur passe en revue les altérations anatomiques du bulbe oculaire, de l'appareil de transmission, des centres d'origine des oculo-moteurs, des abducteurs, des obliques : il recherche ensuite les altérations portant sur les muscles eux-mêmes, puis celles portant sur le trijumeau. Sur 150 cas de syphilis cérébrale accompagnés de lésions oculaires, dont 17 lui sont personnelles, les lésions ont intéressé 101 fois l'œil et son appareil de transmission, 66 fois les oculo-moteurs, 29 fois les abducteurs, 6 fois les obliques et 35 fois les trijumeaux. ROHMER.

Extraction d'un fragment d'acier ayant séjourné dix jours dans le corps vitré, avec conservation de l'acuité visuelle, par BOREL (*Revue médic. Suisse romande, XIII*, 219, *mars* 1893).

Homme de 21 ans ayant reçu dans l'œil droit un morceau de ressort. Petite plaie de la sclérotique à la partie interne. Hypopyon; examen ophtalmoscopique très douloureux. Disparition graduelle de l'hypopyon et de l'iritis avec très peu de synéchies.

Au bout de quelques jours, on voyait des masses flottantes dans le corps vitré. Phosphènes, hyperémie de la papille. Décollement de la rétine d'un demi-centimètre de long sur un tiers de large avec masse noire flottante à cet endroit. Acuité visuelle baissant de plus en plus.

Incision au milieu de la plaie, siège d'une certaine résistance. La sclérotique est ouverte sans perte du corps vitré, dans lequel Borel introduit une pince. Il retire un corps dur, avec une telle peine, qu'il lui semblait arracher une dent. Le fragment d'acier, qui a 19^{mm} de longueur sur 9/10^{mm} de diamètre, était terminé en crochet qui, fixé à la sclérotique, avait empêché le corps étranger de se perdre dans l'œil; son extrémité interne flottait librement et irritait la rétine.

Actuellement, l'acuité visuelle est normale, et la rétine s'est recollée mais un peu obliquement. J. B.

Die Aseptik bei Augenoperationen in der Würzburger Universitäts-Augenklinik (L'asepsie dans les opérations oculaires à la clinique universitaire de Würzbourg), par STROSCHEIN (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XXXIX*, 1).

Pour l'antisepsie antéopératoire, l'auteur recommande des lavages avec le sublimé à 1/4000, et des frictions avec des tampons d'ouate montés sur baguettes de verre et stérilisés dans l'eau salée bouillie pendant 8 minutes. Les instruments tranchants sont essuyés avec de la ouate trempée dans un liquide antiseptique ; les autres sont, ou bouillis, ou plongés dans une solution phéniquée à 5 0/0, puis dans une solution de chlorure de sodium. Les mains sont brossées, savonnées, puis trempées dans l'alcool et le sublimé. Les collyres, la cocaïne surtout, sont stérilisées avant leur emploi. Les objets de pansement sont stérilisés par la vapeur. Chaque malade, avant son entrée dans le service est nettoyé dans un grand bain, et les plus misérables échangent leurs vêtements contre des habits fraîchement lavés. La veille d'une opération (cataracte, iridectomie) on applique un pansement humide pour ramollir et détacher l'épithélium superficiel de la peau ; puis, au moment de l'opération, les paupières sont savonnées et lavées à l'eau stérilisée; une attention spéciale est donnée aux cils. La conjonctive est lavée avec de l'eau salée. Le pansement se fait comme habituellement. En résumé, on vise surtout à l'asepsie, plutôt qu'à l'antisepsie. ROHMER.

Beiträge zur operativen Augenheilkunde... (Contribution à l'ophtalmologie opératoire. Modification du procédé de Kuhnt pour l'ectropion sénile de la paupière inférieure), par MULLER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *avril* 1893).

Par une incision marginale, on sépare la peau et l'orbiculaire du cartilage tarse ; puis on excise un triangle de celui-ci et on suture les deux lèvres tarsiennes ; puis pour éviter le bourrelet que formerait la peau, on suture ensuite les téguments avec le tarse au niveau du bord libre. L'auteur voit comme avantages à cette méthode, que d'abord les téguments sont plus intimement appliqués contre le cartilage tarse ; la tension n'existe pas seulement sur la suture tarsienne, mais celle-ci est soutenue par les téguments. Si les sutures viennent à manquer, il n'y aura qu'une fente au niveau du cartilage tarse, mais la paupière fonctionnera normalement. ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES

Les angines à fausses membranes, par **P. BOULLOCHE** (*In*-16, *Paris*, 1893).

Sous ce titre, Boulloche résume les connaissances modernes que la bactériologie nous a fournies au sujet des diverses angines pseudo-membraneuses, et les progrès considérables réalisés dans le diagnostic et le pronostic de ces affections, grâce à l'examen et à la culture des microbes pathogènes.

La monographie est ainsi disposée. Tout d'abord, une description clinique des diverses espèces d'angines à fausses membranes, comprenant l'angine diphtérique et ses variétés, depuis l'angine toxique jusqu'à la diphtéroïde; puis l'angine herpétique, finalement les angines secondaires de la scarlarine, de la rougeole et de la fièvre typhoïde.

Après le chapitre consacré à la diphtérie viennent les angines pseudo-diphtériques; celles-ci appartiennent à deux grandes classes cliniques, suivant qu'elles sont secondaires ou primitives. Boulloche étudie d'abord les angines secondaires à la scarlatine, à la rougeole, à l'amygdalotomie et puis il aborde l'étude bien moins connue, des angines primitives, suivant qu'elles sont produites par le staphylocoque, le pneumocoque et le streptocoque. Une essai de description clinique accompagne chacune de ces variétés. L'auteur ne va pas plus loin, car il ne saurait encore expliquer, dans l'état actuel de nos connaissances, pourquoi le streptocoque, par exemple, produit de temps à autre une angine à fausses membranes, tandis que l'angine érysipélateuse, due au même microbe, est presque toujours érythémateuse et non membraneuse. Pareille anomalie se voit dans l'évolution des angines à staphylocoques et à pneumocoques. La question est donc reculée, non résolue. H. R.

The etiology of membranous angina, par **W. D. BOOKER** (*John Hopkins Hosp. Bull.*, *octobre-novembre* 1892).

Booker a examiné 23 cas d'angine membraneuse, d'apparence complètement diphtéritique, survenus au cours d'une épidémie de scarlatine. Dans aucun de ces cas le bacille de Lœffler n'a été rencontré, mais toujours on a trouvé de nombreuses colonies de streptocoques, associés toujours, sauf dans deux cas, à des staphylocoques. Les streptocoques répondaient à deux types morphologiques distincts.

Les différences cliniques que signale l'auteur sont les suivantes. Dans la vraie diphtérie, membranes plus blanches, plus résistantes, susceptibles d'être détachées en larges lambeaux ; suppuration exceptionnelle; extension des membranes en surface par continuité ; tendance à gagner les voies aériennes; fièvre forte d'abord, tombant vite. Dans les fausses angines membraneuses, membranes jaunâtres, ne se détachant que partiellement, tendant à suppurer ou à s'altérer, atteignant les parties

profondes du derme, gagnant rarement le larynx ; fièvre beaucoup plus forte et adénite plus considérable. H. R.

Cancer of the tonsil treated by lactic acid, par INGALS (*New York med. journ.*, *p.* 652, 10 *décembre* 1892).

Chez un homme de 59 ans, l'auteur a pratiqué dans une tumeur cancéreuse de l'amygdale des injections d'acide lactique. Il a d'abord employé la solution à 20 0/0, puis à 50 et 60 0/0. Ces injections ont causé, au début, des hémorragies, puis elles n'ont jamais manqué de diminuer le volume de la tumeur. Elles ont été dirigées secondairement contre les prolongements pharyngés et linguaux du néoplasme et toujours suivies du même succès.

Bien que le malade n'ait pas été guéri, l'auteur se loue des résultats obtenus; l'acide lactique est susceptible, d'après lui, d'enrayer la marche du carcinome. L. GALLIARD.

Ueber Syphilis der Zungentonsille (Syphilis des amygdales linguales), par SEIFERT (*Münchener med. Woch.*, *n°* 6, *p.* 101, 7 *février* 1893).

Lorsque le pharynx est pris dans la syphilis constitutionnelle, il est exceptionnel que l'amygdale linguale ne participe pas à la lésion ; la syphilis de cet organe n'est donc pas rare. En général, elle débute par de la rougeur et du gonflement, si elle est traitée à ce moment, elle disparaît sans laisser de traces. A un stade plus avancé, il se développe sur les amygdales linguales rouges et gonflées, des papules de nombre variable, d'autant plus nombreuses que le reste du pharynx est plus lésé. Enfin on peut observer là, comme ailleurs, une destruction ulcéreuse des papules. Peu douloureuses au premier stade, les lésions ultérieures s'accompagnent ordinairement d'un notable degré de gêne. C. LUZET.

Tonsillotomy, par G. Hunter MACKENZIE (*Brit. med. j.*, *p.* 635, 25 *mars* 1893).

Le travail de Hunter Mackenzie est basé sur l'analyse de 230 cas d'amygdalotomie. La conclusion est que c'est une opération parfaitement inoffensive, presque jamais suivie d'hémorragie sérieuse, et très utile quant à ses résultats fonctionnels au point de vue de la déglutition et de la respiration des enfants, ainsi que de l'état de leurs oreilles. Il n'y a donc pas lieu de déconseiller l'ablation rapide des amygdales; le procédé vaut mieux que la destruction partielle et répétée de ces glandes par le galvanocautère. H. R.

I. — De la mycose leptothrixique pharyngée, par Albert COLIN (*Thèse de Paris*, 1893).

II. — Mycosis bénin de l'arrière-gorge, par J. GAREL (*Rev. de laryng.*, 1er *juillet* 1893).

III. — Traitement de la pharyngomycose leptothrixique par l'acide chromique, par WAGNIER (*Ibidem*).

IV. — Recherches microscopiques et bactériologiques sur la mycose bénigne du pharynx, par Paul RAUGÉ (*Rev. int. de rhinol.*, 10 *juin* 1893).

I. — Colin trace, d'après les documents publiés, déjà assez nombreux, et d'après des observations de Ruault, l'histoire de cette affection, plus fréquente que ne semble l'indiquer l'auteur. La mycose pharyngée se

présente sous trois aspects : tantôt ce sont parsemés çà et là, de petits points blanchâtres de la grosseur d'un grain de millet, d'autres un peu plus gros, pointus et résistants ; tantôt ces points s'assemblent et forment des îlots à surface hérissée, donnant l'apparence de ces touffes appelées barbe de capucin, tantôt enfin ce sont de petites taches d'un blanc jaunâtre.

Ces variétés d'aspect ont toutes pour origine l'implantation de filaments de leptothrix dans la couche épithéliale des amygdales, du tissu adénoïde de la base de la langue, de la paroi postérieure du pharynx. Si l'on examine les tissus envahis, dans les amygdales notamment (Cornil), on voit des amas de filaments de leptothrix implantés dans les cellules épithéliales qui sont accumulées dans les cryptes. Il y a presque toujours au-dessous de ces points envahis un véritable amas de cellules aplaties, cornées, mortifiées. Au-dessous de la couche épithéliale, le chorion muqueux est plus ou moins enflammé.

C. conseille comme traitement l'emploi de la solution iodo-iodurée au dixième, seule ou associée au chlorure de zinc à 6 0/0.

II. — Garel considère la mycose pharyngée comme une affection fréquente, mais passant facilement inaperçue. Il a réuni dans ce travail 29 cas se rapportant à 14 hommes, 15 femmes, le plus grand nombre de 10 à 30 ans. Les causes réelles sont inconnues ; tout ce qu'on peut dire, c'est qu'un état catarrhal des muqueuses favorise singulièrement son développement.

G. sur ses 29 cas, a trouvé l'amygdale toujours prise, 7 fois la paroi postéro-latérale du pharynx, 3 fois la voûte naso-pharyngée. L'aspect des lésions ne diffère pas des descriptions classiques. L'examen histologique fait par Lacroix concorde avec l'examen de Cornil, sauf que dans les cas de Garel on a trouvé de la sclérose du tissu amygdalien.

Comme traitement, G. conseille l'ablation à la pince, la cautérisation au galvano-cautère et les badigeonnages à la teinture d'iode pure.

III. — Wagnier a eu dans deux cas typiques des résultats très rapides et durables avec la cautérisation de chaque touffe au moyen d'un peu d'acide chromique fondu en perle à la pointe d'une petite sonde métallique. Les houppes s'imbibent, à la façon d'une mèche, de l'agent caustique, et sont définitivement détruites.

IV. — Raugé a cherché par des examens bactériologiques et par des cultures quel est l'élément essentiel de la mycose pharyngée. Par l'examen bactériologique, il ne semble pas que les éléments de la mycose soient absolument conformes à la description qu'on a donnée du leptothrix. Ils en diffèrent par de petits détails, volume des filaments, apparence articulée, etc. Si au contraire on cultive sur la gélatine, la pomme de terre, on obtient des colonies qui, en vieillissant, prennent un aspect pseudo-membraneux. A l'examen ces colonies à aspect pelliculaire sont constituées par des touffes de filaments ramifiés, beaucoup plus compliquées que les simples fils du leptothrix.

Pour R. la question de la nature intime de la mycose ne semble pas encore complètement élucidée. A. CARTAZ.

Tumeur maligne du naso-pharynx chez un enfant, par PAIGE (*Boston med. and surg. Journal.*, 29 *juin* 1893).

Garçon de 4 ans, porteur d'une tumeur piriforme du pharynx projetant en avant le voile du palais et descendant jusqu'à l'épiglotte. Ablation de la tumeur ; récidive presque immédiate et mort rapide dans la cachexie cancéreuse. Diagnostic histologique : myxo-sarcome. CART.

Énorme tumeur palatine, par L. DEFONTAINE (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 249, *avril* 1893).

M. N..., 62 ans, avait dès l'âge de 7 à 8 ans vu apparaître une petite tumeur sur la voûte palatine, qui atteignit à 18 ans, le volume d'une noisette, et après 55 ans d'évolution présentait 11 centimètres dans le sens vertical sur 8 1/2 dans le sens transversal, et pesait 200 grammes. Ce volume énorme déterminait une asphyxie lente. La marche est impossible par suite de l'essouflement, enfin la parole n'est pas perceptible et la déglutition reste relativement facile.

L'ablation rapide est faite sans chloroforme.

La tumeur est un adéno-épithéliome de la voûte palatine. Au niveau de la surface d'implantation de la tumeur, on trouve une perforation large, arrondie du palais osseux, à travers laquelle se montre flottante la muqueuse nasale. L'auteur est porté à y voir simplement l'effet d'un amincissement progressif, sorte d'usure ayant produit jusqu'à la destruction de la lamelle osseuse par le contact d'une tumeur, qui, refoulée de toutes parts, est venue exercer une pression pendant de nombreuses années, presque à la façon des destructions osseuses, des usures produites par les anévrismes. F. VERCHÈRE.

A case of sarcoma of the soft palate (Voile du palais), par SIMPSON (*Med. news*, *p.* 606, 3 *juin* 1893).

Une fille de seize ans présentait des papillomes multiples du voile du palais ; ces tumeurs furent enlevées, mais elles récidivèrent seize mois après. Ces nouvelles tumeurs furent extirpées à l'aide du couteau galvanique, mais elles récidivèrent rapidement, et l'examen en révéla la nature sarcomateuse. Le voile du palais fut alors enlevé en entier. Bientôt parurent des signes de récidive ; la tumeur s'étendit dans les fosses nasales postérieures, et la malade succomba par inanition, huit mois après la dernière opération, deux ans et demi après le début des papillomes. MAUBRAC.

Ein Fall von Tuberculose der Mundhöhle.... (Un cas de tuberculose buccale avec propagation aux cavités nasale et maxillaire), par RÉTHI (*Wiener med. Presse*, 7 *mai* 1893).

Tuberculeux, non syphilitique, atteint de laryngite tuberculeuse dès 1887 et observé par R. pendant de longues années. En 1890, début de la tuberculose buccale à la suite de l'ablation de dents et de racines du maxillaire gauche, les petites plaies opératoires ne s'étant pas cicatrisées et étant devenues rapidement le siège d'une ulcération de mauvaise apparence. En 1891, par suite de l'extension du processus ulcératif, une communication s'établit largement entre la cavité nasale et le sinus maxillaire du côté gauche. En février 1893, quelques jours avant sa mort, l'état du malade était le suivant : amaigrissement considérable, sueurs profuses, toux fréquente, fonte tuberculeuse des deux sommets. Le côté gauche du larynx est immobilisé, le cartilage aryténoïde hypertrophié, profondément ulcéré, de même que la bande ventriculaire et la corde vocale, le repli aryépiglottique en-

tièrement infiltré; à droite le bourrelet aryténoïde apparaît également hypertrophié, la bande ventriculaire et la corde vocale sont injectées, rougeâtres, mais non épaissies; la surface laryngée de l'épiglotte est parsemée d'ulcérations. La perte de substance qui fait communiquer la cavité buccale avec la fosse nasale et le sinus maxillaire s'étend de la deuxiéme molaire gauche jusqu'à la ligne médiane; il reste à peine là quelques vestiges du palais osseux. Sur le bord alvéolaire du maxillaire, l'ulcération dépasse la ligne médiane, s'en va à droite jusqu'à la deuxième incisive et atteint même, en arrière, la dernière molaire, dont les racines sont en partie mises à nu. La perte de substance atteint aussi le septum, dont la charpente osseuse est dénudée par place en sa partie inférieure. Les bords de la vaste ulcération dans le voisinage des incisives, de la base du septum nasal et à proximité de la deuxième molaire gauche fortement injectés, épaissis, creusés de petits foyers purulents. On voit aussi en partie la muqueuse tapissant l'antre d'Highmore ulcérée, granulée et purulente. Le cornet inférieur est mis à nu sur sa moitié inférieure. Ce cas est intéressant, car on ne voit que rarement le processus ulcératif tuberculeux produire des lésions de si grande dimension. CART.

Urano-staphylorraphie, par LE DENTU (7e *Cong. fr. chir. Mercredi méd.*, 12 *avril* 1893).

Le Dentu a opéré 7 divisions accidentelles et 23 congénitales; une hémorragie sérieuse a été le seul accident observé. Pour les becs-de-lièvre complexes, avec saillie du promontoire, il commence par la restauration du bord alvéolaire ; il a ainsi obtenu deux bons résultats par l'ostéotomie et le refoulement du promontoire, avec suture osseuse, par le procédé de Duplay.

En se servant des instruments de Trélat, qu'il a modifiés sur certains points, il considère l'opération en une seule séance comme devant être la règle, à moins que l'on ne constate qu'un des deux lambeaux ou les deux sont peu épais et peu vivaces. OZENNE.

Nasal hydrorrhœa, par BEAN (*New York med. journ.*, *p.* 650, 10 *décembre* 1892).

L'hydrorrhée nasale ne reconnaît pas toujours une cause locale appréciable. Le début est généralement brusque, quelquefois il y a une sternutation prémonitoire. A côté du flux séreux produisant à la longue l'excoriation de la lèvre supérieure, il y a souvent de la conjonctivite et de la céphalée frontale. L'écoulement est ininterrompu, ou bien on constate des paroxysmes. La muqueuse nasale se montre pâle et œdématiée.

La maladie peut durer seulement quelques jours ; elle se prolonge souvent plusieurs semaines. Elle est habituellement unilatérale et se manifeste dans toutes les saisons.

La cocaïne, souvent inefficace, peut être nuisible. En dehors des cas où l'on peut incriminer les traumatismes ou les polypes, le traitement local échoue. Il faut prescrire les antispasmodiques et, après l'accès, les toniques. L. GALLIARD.

Convulsions épileptiformes d'origine nasale, par KJELLMAN (*Hygiea*, *février* 1893).

Kjellman rapporte les deux observations suivantes :

1) Enfant de 12 ans, sujet, depuis plusieurs années, à des convulsions survenant dans la seconde moitié de la nuit et dans la matinée : d'abord limitées à la bouche, puis étendues à la face et aux membres, et accompagnées d'émission d'urine inconsciente. On découvrit que la muqueuse des cornets inférieurs était gonflée et hypertrophiée; après la cautérisation de cette muqueuse, les convulsions disparurent.

2) Enfant de 6 ans, souffrant depuis deux ans de crises épileptiformes, précédées presque toujours par de la dyspnée, de la cyanose et une respiration stertoreuse. Là encore il s'agissait de fosses nasales obstruées par de la rhinite chronique, et aussi par la mauvaise habitude de l'enfant de s'endormir avec un doigt dans le nez. La disparition de cette habitude fit cesser les crises.

Kjellman a vu des faits analogues pour des polypes et des corps étrangers des fosses nasales. H. R.

Vertigine e pseudo-angina di petto quali fenomeni reflessi dal naso, par G. GRADENIGO (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino, p.* 48, *janvier* 1893).

Gradenigo rapporte 5 cas de rhino-pharyngite catarrhale chronique avec hypertrophie de la muqueuse portant surtout sur la muqueuse du cornet inférieur, dans lesquels survinrent des troubles réflexes. Dans un cas, vertige consécutif à une opération intra-nasale. Dans deux autres, vertiges répétés ne disparaissant que sous l'influence d'applications cocaïnisées. Dans un autre, vertiges disparaissant à la suite d'électrolyse et de galvano-caustique intra-nasale. Dans un dernier, chez une jeune fille de tempérament nerveux, mais n'offrant pas de stigmates hystériques proprement dits, accès d'angine de poitrine présentant les caractères de l'angine de poitrine hystérique, disparaissant sous l'influence d'un traitement intra-nasal énergique. GEORGES THIBIERGE.

Ueber eine noch nicht beschriebene Form der Coryza professionalis, par Ludwig POLYAK (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 1, *p.* 116, 2 *janvier* 1893).

Polyak signale une nouvelle forme de coryza professionnel observée chez les ouvriers imprimeurs qui manipulent la poudre à bronzer formée d'un mélange finement pulvérulent de cuivre, de zinc et d'étain.

La poudre à bronzer agit sur la muqueuse nasale à la fois mécaniquement, comme corps étranger irritant, et chimiquement, par formation de chlorures de cuivre et de zinc qui sont caustiques.

Il en résulte que le coryza d'abord catarrhal ne tarde pas à se compliquer d'ulcérations. J. B.

Syphilis grave des os du nez. Opération de Rouge, par AUDRY (de Toulouse) (*Arch. prov. de chir.*, *p.* 223, *avril* 1893).

Dans les deux cas rapportés par l'auteur, l'opération avait été imposée par la présence de sequestres. Dans un des cas, on dut enlever presque tout le palais osseux. Dans les deux, le traitement spécifique avait été sans résultat. Peut-être pourrait-on employer l'opération de Rouge comme opération préliminaire pour faciliter la suture de la voûte palatine dans un cas de perforation. Pour diminuer l'hémorragie et opérer plus facile-

ment, l'auteur conseille de mettre le malade dans la position de Rose, la tête en bas. Rouge combat les hémorragies avec l'eau chloroformée; l'auteur conseille de tamponner. S'il reste des points qui saignent, on peut les toucher avec le thermocautère. Il conseille de faire la suture de la muqueuse labiale; cependant, dans une de ses opérations, il dut interrompre cette suture et la laisser inachevée, à cause de l'état d'épuisement dans lequel se trouvait le malade, qui guérit cependant, malgré une pneumonie consécutive. F. VERCHÈRE.

Contributo alla casuistica delba tubercolosi nasale, par I. DIONISIO (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino, p.* 67, *février* 1893).

2 cas de tuberculose primitive du nez.

1° *Néoplasie circonscrite de la cloison du nez, formée de tissu tuberculeux :* femme de 18 ans, éprouvant une sensation de plénitude des fosses nasales ; tumeur d'un blanc nacré oblitérant les narines, visible à la simple inspection de celles-ci et ayant l'aspect de polypes muqueux, de consistance molle, saignant facilement, encastrée dans une perforation de la cloison sans adhérer à ses bords. La tumeur, enlevée avec l'anse galvanique, était formée de tissu tuberculeux, avec de rares bacilles de Koch.

2° *Forme ulcéreuse avec granulations tuberculeuses.* Homme de 22 ans, ayant depuis deux ans des troubles de la respiration nasale; amas de granulations rougeâtres sur la cloison cartilagineuse, ulcéré en quelques points, oblitérant complètement les choanes; après râclage, on constate que les lésions sont limitées au tiers antérieur de la cloison, qui est le siège d'une perforation arrondie de 15 millimètres de diamètre; les tissus râclés sont formés de tissus tuberculeux renfermant des bacilles de Koch.

GEORGES THIBIERGE.

I. — Des tumeurs malignes de la cloison des fosses nasales, par GOUGUENHEIM et HÉLARY (*Ann. mal. de l'or., avril* 1893).

II. — Tumeurs de la cloison nasale, par Michel DANSAC (*Ibidem, juin* 1893).

I. — Les faits de ce genre sont fort rares : les auteurs en ont réuni 24 cas dont deux personnels (sarcome télangiectasique chez un homme de 34 ans, et sarcome à myéloplaxe chez une femme de 62 ans). Au point de vue de l'étiologie, on ne trouve rien qui fasse différer ces tumeurs de celles de même nature (sarcome, épithéliome, carcinome) qui sont originaires d'autres points des fosses nasales. Le sarcome se montre toujours plus fréquemment chez les sujets jeunes.

Sur les 24 cas rassemblés, G. et H. comptent 13 cas de sarcome, 11 d'épithéliome du carcinome et un cas mixte d'épithélio-sarcome.

Les sarcomes présentent toutes les variétés : embryonnaire, fasciculé, fibreux. Dans presque tous les cas ils se sont développés sur la partie cartilagineuse de la cloison ; au début formant une sorte de verrue appliquée par une large surface, plus tard envahissant les fosses, détruisant la cloison et formant des tumeurs considérables.

Au point de vue des symptômes généraux, du diagnostic, de la marche et du traitement il n'y a rien de bien spécial à signaler. Au début, leur point d'implantation sur la cloison, siège rare, rend le diagnostic parfois hésitant ; la tumeur est petite, les symptômes classiques des tumeurs malignes ne se sont pas encore dessinés. Les auteurs discutent avec

soin ce diagnostic différentiel, en éliminant par une étude de détails fort intéressante les diverses tumeurs qui peuvent s'en rapprocher.

II. — Dans ce travail, D. publie trois observations de tumeurs de la cloison, une de sarcome globo-cellulaire télangiectasique chez un jeune homme de 17 ans (opération au serre-nœud, pas de récidive) ; une d'angiosarcome endothélial chez un sujet de 20 ans, et une troisième de tuberculose polypoïde. Etude histologique très détaillée des trois cas.

A. CARTAZ.

Quatre cas de rhinosclérome, par DUCREY (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXVIII*, 1 *et* 2, 1893).

L'auteur conclut de ses recherches personnelles et de l'examen critique des travaux des auteurs que le rhinosclérome débute dans les premières voies respiratoires. Il peut s'y cantonner ou bien produire des foyers éloignés. Le début est celui d'un catarrhe qui peut persister plusieurs années et dont l'examen bactériologique peut seul faire connaître la nature. Le rhinosclérome est anatomiquement un granulome dont l'infectiosité ne peut être mise en doute, vu la présence constante et exclusive d'un organisme aujourd'hui bien connu, bien qu'il ne puisse être inoculé que difficilement aux animaux de laboratoire (Pawlosky, Stepanow). Dans les provinces orientales de l'Autriche, dans le sud-ouest de la Russie, dans l'Amérique centrale, le rhinosclérome est endémique et il peut exister chez plusieurs membres d'une même famille. Le meilleur traitement est l'ablation ou bien la destruction partielle par les parasiticides, sublimé, acide phénique, acide thymique. L'ancienne dénomination de rhinosclérome devrait être remplacée par celle plus compréhensive de sclérome des voies respiratoires. Le bacille du rhinosclérome ne peut être identifié au pneumobacille de Fridlaender. Ce bacille triomphe en concurrence vitale du streptocoque de l'érysipèle, et en atténue la virulence.

F. BALZER.

Zur Kenntniss der Nasensteine (Calculs du nez), par GERBER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 51, *p.* 1165, 1892).

Les concrétions nasales se composent surtout de carbonate de chaux et de phosphate de chaux. Tout corps étranger peut devenir le noyau d'un rhinolithe.

Un garçon de 7 ans a depuis trois années de la céphalée, des épistaxis et même un écoulement fétide de la narine droite; il est pâle et affaibli. L'auteur extirpe, sous le chloroforme, à l'aide d'une pince, et par fragments, un calcul qui, reconstitué, mesure 2 centimètres de long et 1 centimètre et demi de large. Certaines parties sont dures comme de la pierre.

L'analyse révèle la présence du phosphate de chaux comme élément prédominant; quelques traces de carbonate de chaux. Au centre du calcul on trouve une matière qui ressemble au coton; après addition d'acide chlorhydrique, on trouve des filaments radiés, dont l'aspect rappelle les éléments de leptothrix, mais il est impossible de déterminer exactement la nature du parasite, auquel d'ailleurs sont associés de nombreuses bactéries.

On sait que les concrétions provoquées par le leptothrix sont uniquement carbonatées-calcaires. Or ici il y avait surtout du phosphate de chaux.

L. GALLIARD.

Larynxœdem durch Iodkaligebrauch (Œdème iodique du larynx), par HEYMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 51, *p.* 1169, 1892).

Un homme de 27 ans, syphilitique, ayant subi déjà les frictions hydrargyriques, a des manifestations pharyngées et laryngées. L'auteur prescrit une solution d'iodure de potassium à 3 ou 4 0/0; trois cuillerées par jour. Au bout d'un mois de traitement, amélioration notable; mais il y a de l'acné iodique, ce qui nécessite l'interruption de la cure. Sept jours après la suppression de l'iodure de potassium, violent accès de dyspnée.

Les accidents durent depuis trois jours lorsque l'auteur voit le malade : larynx violet; léger œdème des cordes vocales; les parties sous-glottiques et la paroi postérieure du pharynx sont cyanosées, épaissies, tellement infiltrées que la lumière du larynx se réduit à fort peu de chose.

Pas de traitement. Au bout de huit jours, guérison complète des accidents iodiques. Mais bientôt la syphilis se manifeste de nouveau sur la gorge et sur l'un des yeux. L. GALLIARD.

Two cases of cut throat (Section de la gorge) treated by tracheotomy and immediate suture, par FITZGERALD (*The Lancet*, *p.* 91, 8 *juillet* 1893).

1° — Un homme de 45 ans s'était fait une plaie de 3 pouces de long, au-devant du cou, intéressant le cartilage thyroïde juste au-dessous des cordes vocales.

Après trachéotomie, Fitzgerald sutura les extrémités divisées du cartilage, et referma la plaie extérieure. La plaie guérit, mais le patient mourut de pneumonie septique, 24 jours après l'opération.

2° — Un homme de 65 ans s'était, avec un rasoir, fait une large plaie au-devant du cou. La membrane thyrohyoïdienne était sectionnée, et l'épiglotte complètement séparée du cartilage thyroïde. Le patient était en collapsus. Sous le chloroforme, Fitzgerald, après trachéotomie, suture l'épiglotte au thyroïde, réunit les deux lambeaux et la membrane thyroïdienne, et ferme la plaie. Durant l'opération, il ne s'était pas écoulé de sang dans la trachée.

Le patient se releva péniblement de l'opération. Le cinquième jour, on put enlever le tube à trachéotomie, et le dixième jour, la guérison était complète. Le blessé pouvait parler parfaitement. MAUBRAC.

Carcinome primitif du sinus pyriforme simulant un corps étranger du larynx, par SABRAZÈS et FRÈCHE (*Journal de méd.*, *Bordeaux*, 2 *avril* 1893).

Homme de 50 ans, accusant une gêne récente pendant la déglutition. Le repli ary-épiglottique droit est congestionné; dans la fosse pyriforme droite on voit un amas blanc-grisâtre, pseudo-membraneux, qu'on enlève, et au-dessous une masse végétante, qui, en quelques jours, prit une notable extension et nécessita une trachéotomie d'urgence. Dans la suite, propagation à l'œsophage et mort de cachexie cancéreuse. Une parcelle du néoplasme végétant, examinée au microscope, en avait révélé la nature carcinomateuse. OZENNE.

Fall von geheiltem Larynxcarcinom, par SOCIN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 5, *p.* 179, 1er *mars* 1893).

Femme de 58 ans envoyée à l'hôpital pour une tumeur maligne du côté droit du cou. Socin reconnut la présence dans le larynx d'une petite tumeur cancéreuse occupant la corde vocale supérieure et le cartilage aryténoïde droits; la tumeur ganglionnaire extérieure avait les dimensions du poing.

Opération. Socin enleva d'abord la tumeur ganglionnaire; il lui fallut pour cela exciser un tronçon de 6 centimètres de la veine jugulaire interne, pareille longueur du pneumogastrique, 4 centimètres de la carotide primitive et la majeure partie du sterno-mastoïdien.

Comme la tumeur adhérait aussi au cartilage et au corps thyroïde, il introduisit une canule-tampon dans la trachée et enleva toute la moitié droite du larynx avec un fragment de la corne droite du thyroïde.

L'opérée n'eut qu'un ralentissement tout à fait passager du pouls au moment de la section du nerf pneumogastrique. L'immense plaie, laissée ouverte, se cicatrisa rapidement; la température ne dépassa pas 38°,6. Alimentation par la sonde œsophagienne. Ablation de la canule trachéale le trente-huitième jour. Pas de récidive au bout de deux mois et demi.

Socin a fait quelques expériences sur cette malade qui lui ont montré que malgré l'existence de papilles gustatives au niveau de la face laryngée de l'épiglotte et des fausses cordes vocales, la muqueuse du larynx ne possède pas le pouvoir de distinguer les saveurs, bien qu'ayant la notion des contacts. J. B.

Laryngectomie totale pour tumeur bénigne du larynx, par M. JEANNEL (*Arch. prov. de chir., p.* 265, *mai* 1893).

L'auteur donne une observation dans laquelle il montre que, pour certaines tumeurs non sujettes à la régression, alors même qu'elles sont bénignes, la laryngectomie totale devient une intervention de nécessité. Le malade qu'il opéra a guéri et est resté guéri.

Au point de vue opératoire, Jeannel termine son travail par les conclusions suivantes : 1° La trachéotomie préventive n'est pas nécessaire, elle ne doit être pratiquée qu'en cas d'urgence, en face d'une suffocation menaçante; la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne peut alors être choisie sans crainte de voir l'exécution de la laryngectomie à venir être en rien gênée par la présence de la canule. 2° La position de Rose rend les plus grands services sans présenter d'inconvénients. 3° La gravité de l'opération a été peut-être exagérée; la suture de la trachée à l'angle inférieur de la plaie, et la fermeture de la bouche et de l'œsophage à la manière de Bardenheuer sont de bonnes pratiques. 4° Sans larynx artificiel, instrument de luxe, une laryngectomie peut récupérer une voix buccale suffisante. F. VERCHÈRE.

Tracheotomie und Intubation im Kinderspital Zürich..... par Gustav BAER (*Thèse Zurich et Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte, n°* 5, *p.* 198, 1er *mars* 1893).

A l'avenir, sauf dans certains cas spéciaux, le tubage du larynx est destiné à remplacer la trachéotomie dans le traitement du croup, à l'hôpital des enfants de Zurich, dirigé par von Muralt.

De 1874 à 1891, il a été traité dans cet établissement 690 cas de diphtérie avec une mortalité d'ensemble de 43,8 0/0. Jusqu'en 1888, on ne pratiquait que la trachéotomie ; les 533 diphtéritiques de cette période ont fourni une mortalité de 45,3 0/0 ; la mortalité des angines seule étant de 10 0/0. Depuis 1888, où l'on fait le tubage, les 157 diphtéritiques ont fourni une mortalité de 39 0/0 ; celle des angines seules étant de 17 0/0. Chez les enfants de 1 à 6 ans, le tubage a donné une mortalité de 41,8 0/0; la trachéotomie une mortalité de 51,7 0/0 ; la différence est encore plus frappante, si l'on n'envisage que les trois premières années de la vie : tubage, mortalité de 47,7 0/0 ; trachéotomie de 62,2 0/0.

Le tubage, comme la trachéotomie, n'est toujours pratiqué qu'au stade asphyxique. On se conforme exactement aux préceptes de O'Dwyer, à la seule exception qu'on laisse en place le fil du tube. Des 74 enfants soumis au tubage, chez 53 (71,5 0/0) la respiration est redevenue aussitôt libre. On n'a jamais observé de fausses routes, de déglutition du tube, non plus que sa chute dans la trachée, ni d'asphyxie par accumulation des sécrétions dans le tube, ni d'hémorragies. On ne s'est vu que deux fois dans la nécessité de recourir à l'extracteur pour enlever le tube, sans inconvénients d'ailleurs pour les petits malades. Une fois, le tubage a entraîné la mort par décollement et accumulation de fausses membranes; en raccourcissant son tube, O'Dwyer a notablement diminué ce péril. Plusieurs fois, les malades ont enlevé leur tube ou l'ont rejeté en toussant, sans accidents consécutifs. Avec le tube modifié de Baer, les enfants avalent moins souvent de travers les aliments.

Sur les 74 malades soumis au tubage, 19 ont dû subir ensuite la trachéotomie à laquelle 18 d'entre eux ont succombé.

Les contre-indications du tubage, qui constituent les indications de la trachéotomie, sont : 1° l'obstruction complète de la cavité nasopharyngienne ; 2° l'œdème intense du vestibule du larynx ; 3° l'existence simultanée d'un abcès rétropharyngien (*R. S. M*, XXXIX, 721). J. B.

Zur Aetiologie der Ohren-Eiterung im frühesten Kindesalter (**Suppurations auriculaires d'origine blennorragique dans le premier âge**), par **Max FLESCH** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 48, *p.* 1234, 28 *novembre* 1892).

Plusieurs cas d'otites moyennes suppurées survenues dans les premières semaines de la vie, chez des enfants ayant ou ayant eu une ophtalmie blennorragique, ont amené Flesch à penser qu'il existe un rapport entre la blennorragie et l'affection auriculaire.

1° Ophtalmie blennorragique grave ayant laissé un leucome. Suppuration auriculaire 6 semaines après la naissance, récidivant plusieurs fois à la suite de catarrhes. Le père est traité pour un rétrécissement blennorragique. La mère est stérile depuis 4 ans (phlegmon des ligaments larges consécutif à une couche).

2° Ophtalmie blennorragique le deuxième jour après la naissance, guérie au bout de 7 semaines. Dans la deuxième semaine, eczéma du conduit auditif gauche, suppuration auriculaire. Simultanément, le père est traité pour chaude-pisse chronique.

3° Ophtalmie blennorragique légère et unilatérale, guérie en 7 semaines. Coryza congénital opiniâtre, puis, 4 semaines après la naissance suppuration de l'oreille moyenne. La mère a eu pendant 3 ans une leucorrhée profuse avec stérilité.

4° Ophtalmie blennorragique peu après la naissance. Suppuration de l'oreille dans la troisième semaine. Mort par rougeole quelques semaines plus tard. Le père a contracté la blennorragie à l'époque de la conception et la mère a depuis de la leucorrhée.

5° Ophtalmie blennorragique grave. Eczéma du conduit auditif suivi de suppuration auriculaire. Le père est en traitement pour une gonorrhée.

6° Ophtalmie blennorragique grave guérie au bout de 10 semaines. Eczéma du conduit auditif et suppuration. Le père a contracté la blennorragie à l'époque de la conception et la mère a eu, à la suite de sa couche, un phlegmon des ligaments larges.

L'observation suivante est encore plus probante, parce que l'enfant n'a pas eu d'ophtalmie malgré la blennorragie des parents.

7° Suppuration de l'oreille gauche 10 jours après la naissance. 3 mois plus tard suppuration de l'oreille droite, plus opiniâtre. L'examen du pus de l'oreille gauche révèle des gonocoques; dans le pus de l'oreille droite, ils sont associés à quelques streptocoques. Le père a eu 2 chaude-pisses; la dernière très rebelle. Les couches de la mère ont été compliqués de thrombose de la veine crurale gauche et de phlegmon des ligaments larges.

En raison des conditions anatomiques de la caisse du tympan chez le fœtus, il est certain que le gonocoque n'y peut pénétrer qu'après la naissance, d'où la possibilité d'un traitement prophylactique efficace des parents.

J. B.

Essai sur les perforations de la membrane de Shrapnell, par A. RAOULT (*Thèse de Paris*, 1893).

Après une étude anatomique détaillée de l'attique et de la membrane de Shrapnell, R. montre par les statistiques de Burnett, Bezold, Green, les observations de Chatellier, Lubet-Barbon et les siennes propres, que cette variété d'otite suppurée chronique limitée à cette partie de la caisse est relativement plus fréquente qu'on ne suppose. Due aux mêmes causes que l'otite ordinaire, catarrhe tubo-pharyngé, le plus souvent, la suppuration se cantonne dans cette loge, dont les voies d'issue, très étroites, sont facilement oblitérées par l'inflammation, l'adhérence des parties, le pus ou les fongosités. La présence des cloisonnements normaux rend encore difficile l'écoulement et favorise l'apparition du cholestéatome ou des polypes secondaires. Le diagnostic de la perforation est souvent difficile en dehors de l'examen direct, la douche d'air ne pénétrant souvent pas dans cette cavité. Pour la même cause, ce traitement réclame une technique un peu spéciale, savoir : lavages directs du foyer, en pénétrant par le conduit interne, ablation des polypes, fongosités, pansements secs antiseptiques, enfin, comme ressource dernière, ablation des osselets cariés, manche du marteau et étrier.

A. CARTAZ.

Purulent brain deposits and phlebitis following ear disease (Des suppurations du cerveau et de la phlébite consécutives aux affections de l'oreille), par ALLPORT (*Journ. af Amer. med. Assoc.*, 15 *octobre* 1892).

Ce mémoire contient la relation de 169 observations d'otites moyennes, s'étant compliquées de suppuration intra-cranienne ou de thrombose cérébrale, et, d'après ces documents, Allport fait l'histoire, surtout symptomatique de ces complications.

Sur ces 169 observations, Allport compte 98 abcès dont 40 dans le lobe temporal et 31 dans le cervelet. Le siège de ces abcès, éloigné des centres moteurs ou sensitifs, explique l'absence des signes de localisation : aussi la plupart des symptômes observés sont-ils inconstants.

Voici par ordre de fréquence les troubles le plus souvent observés lorsqu'une otite se complique de lésion intra-cranienne : la céphalalgie, les nausées, les vomissements, le coma, les convulsions, le délire, la constipation, l'otalgie, les frissons, les vertiges, la paralysie faciale, les paralysies des membres, la stupeur, etc.

Lorsqu'il existe seulement un abcès cérébral, ou lorsque la collection purulente intra-cérébrale est la lésion la plus importante, on observe plus spécialement : le coma, les convulsions, la perte de conscience, la somnolence, la stupeur, les vomissements, l'abaissement au-dessous de la normale de la température et du pouls, l'aphasie, l'insomnie.

D'autre part, la thrombose et la phlébite sans lésion cérébrale, ou au moins lorsqu'elles constituent la lésion capitale, se traduisent plus spécialement par : l'œdème des paupières, la dilatation des veines de la face, la pyémie, la diarrhée, les oscillations de la température, l'œdème de la région mastoïde, les frissons, et souvent par l'élévation de la température et du pouls. MAUBRAC.

Dell' otite media e interna actinomicotica « othoactinomychosis o othomychosis actinica », par D. MAJOCCHI (*La Riforma medica, p.* 532, 27 *mai* 1892).

Homme de 48 ans, atteint de mycosis fongoïde, ayant depuis quelques années des excroissances polypeuses du nez qui rendaient la respiration difficile et qui avaient été opérées quelques jours avant l'apparition des accidents auriculaires : paralysie faciale droite, écoulement purulent abondant par le conduit auditif externe, puis vertiges, vomissements, coma et mort en un mois. A l'autopsie, méningite avec abcès cérébelleux, thrombose du sinus latéral droit, carie du rocher droit, cavité tympanique pleine de pus ; en outre, lésions des poumons, de la plèvre, des côtes et des vertèbres présentant tous les caractères de l'actinomycose et accompagnées de suppuration renfermant des grains d'actinomyces. En présence des lésions thoraciques, on pense à une infection de l'oreille par ce parasite et on trouve dans le pus du rocher des grains d'actinomyces. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Anwendung einer 3 0/0... (Sur l'emploi d'une solution à 3 0/0 d'acide chromique dans l'otorrhée chronique), par L. KATZ (*Therap. Monatshefte, n° 7, juillet* 1893).

Dans les cas à large perforation où la muqueuse de la caisse est tuméfiée avec tendance à granuler, après avoir lavé l'oreille à l'eau tiède et l'avoir séchée, on instille 6 à 8 gouttes de solution d'acide chromique à 3 0/0 ; on masse en appuyant sur le tragus et, au bout de deux minutes, on lave de nouveau à l'eau tiède. (Trois à quatre fois par semaine). Amélioration prompte et guérison. PAUL TISSIER.

Die Taubstummheit im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin....., par Chr. LEMCKE (*Leipzig* 1892, *et Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesundh., XXV, p.* 124).

Lemcke s'est donné la peine d'examiner, au lieu de leur résidence, tous les sourds-muets domiciliés dans le grand duché de Mecklembourg-Schwerin. Cette enquête sur place lui a permis d'augmenter de 47 le chiffre des sourds-muets compris dans le recensement de 1885, ce qui forme un total de 533. Ce nombre correspond à 9,27 par 10,000 habitants du duché, à 7 par 10,000 habitants des villes et à 10,84 par 10.000 habitants des campagnes du Mecklembourg.

Lemcke n'a constaté aucune relation étiologique entre cette infirmité et la constitution géologique du sol, ou la nature des eaux. Il n'a pu non

plus confirmer l'opinion de Bircher (*R. S. M.* XIX, 307) qui admet des rapports intimes entre la surdi-mutité et le crétinisme.

La race a une certaine influence, mais elle est bien moins accusée que celle des conditions sociales et hygiéniques. Ce sont les classes et les professions les plus infimes et les plus pauvres, les familles où la mortalité infantile est le plus considérable, qui comptent le plus de sourds-muets.

Malgré la proportion relativement forte de parents consanguins, Lemcke n'admet l'influence de la consanguinité que lorsqu'elle est aidée par l'hérédité morbide. Il a compté comme moyenne générale 5,82 pour cent de mariages consanguins parmi les parents de sourds-muets, mais cette proportion tombe à 1,9 pour cent parmi les journaliers et ouvriers qui offrent le plus de cas de cette infirmité.

L'hérédité indirecte est beaucoup plus marquée que la directe. Dans 9,2 pour cent des cas, il a trouvé des sourds-muets en ligne collatérale ; 25 pour cent des familles de sourds-muets offraient des lésions de l'ouïe ; 67,9 pour cent, soit des lésions auditives, soit des lésions visuelles, soit de l'aliénation mentale, soit de l'alcoolisme ou de la tuberculose. Le fait est surtout vrai pour la surdi-mutité acquise.

55 pour cent de la totalité des sourds-muets faisaient dater leur infirmité d'une maladie infectieuse, exanthématique, auriculaire ou cérébrale, et chez les deux tiers d'entre eux il s'agissait d'une affection de l'ouïe mal traitée ou négligée. J. B.

Operation for removal of the stapes, par BLAKE (*Boston med. and surg. Journal*, 17 *novembre* 1892).

Dans les affections non suppuratives de l'oreille moyenne, on cherche souvent à remédier à une extrême surdité, au vertige, au tintement en enlevant le tympan, le marteau et l'enclume. Blake estime cette opération incomplète en ce sens qu'elle laisse intacte cette portion de la chaîne des osselets, l'étrier, qui a justement été nommé la clef du labyrinthe. Les bons résultats obtenus toutefois par cette opération devraient donc être attribués plutôt à la mobilisation que subit l'étrier pendant l'avulsion des deux autres osselets qu'à l'avulsion elle-même. Il estime donc qu'il est plus scientifique de pratiquer l'ablation de tous les osselets : incudo-stapedectomie. Il donne une description minutieuse de l'opération qui demande une grande habileté de main.

Les symptômes vertigineux et les contractures musculaires des extrémités supérieures, que l'on note dans les cas de mobilisation mécanique de l'étrier lorsque le sujet n'est pas endormi, se traduisent dans l'état de narcose par un ralentissement constant du pouls et quelquefois par des contractions spasmodiques des doigts au moment où la séparation de l'étrier de ses attaches avec la fenêtre ovale cause un très grand changement dans la pression intra-labyrinthique. Or, que ce changement de pression provoque des vertiges plus ou moins violents, la chose n'a rien qui saurait surprendre le médecin ; mais il faut que le patient en soit bien informé, car si, dans la règle, le vertige est de courte durée, dans des cas soigneusement observés, on l'a vu survenir comme une suite des plus fâcheuses. CART.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1893.

A

Abcès. — Des abcès sous-phréniques, par Meltzer. (*N. York med. journ.*, 24 juin.) — Des abcès sous-diaphragmatiques gazeux, par Vanlair. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Un cas d'abcès sous-diaphragmatique terminé par guérison, par Vanlair. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 2, p. 157.) — Abcès du cou, par Poulsen. (*Nordiskt med. Arkiv.*, XXV, 12.) — Traitement des abcès froids, par Calot. (*7e Cong. franç. chir.*, et *Bulletin méd.*, 3 mai.) — Du traitement des abcès froids, nouveau procédé d'ablation complète, par Mlle Kohan. (*Thèse de Paris*, 31 mai.)

Abdomen. — Sur la nécessité d'une délimitation des régions abdominales et sur une proposition relative à une nouvelle méthode de division, par Gerrish. (*Boston med. journal*, 6 juillet.) — De l'intervention chirurgicale dans les contusions graves de l'abdomen, par Sieur. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Contusion de l'abdomen, perforation intestinale, laparotomie précoce, suture, guérison, par Michaux. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 247.)— Quelques problèmes de chirurgie abdominale d'après 100 cas de céliotomie, par Noble. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — Des tumeurs des parois abdominales, par Freudenstein. (*Inaug. Diss. Marbourg.*) — Contribution clinique et statistique à l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen, par N. Furgiuble. (*La Riforma medica*, 2 février.) — Des tumeurs de la paroi abdominale, par Gross. (*7e Congr. franç. chir.*, *Mercredi méd.*, 12 avril.) — Des adhérences dans l'extirpation des tumeurs abdominales, par Foillard. (*Thèse de Lyon.*) — L'emploi de l'iodoforme dans les opérations abdominales, par Treves. (*Lancet*, 10 juin.) — Traitement des trajets fistuleux consécutifs aux opérations abdominales, par Washburn. (*Boston med. journal*, 1er juin.) — Le plan incliné à 45° dans les opérations sur l'abdomen, par Delagénière. (*7e Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 9 avril.)

Accouchement. — Essai sur l'histoire de l'obstétricie, par de Siebold, traduction de Herrgott, par Pinard. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Compte rendu statistique sanitaire de la Maternité de l'Annunziata à Naples, par F. Meola. (*Il progresso medico*, 30 mars.) — Des signes de l'accouchement ancien et récent au point de vue médico-légal, par Trémant. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — De la mensuration du fœtus, par Laffaille. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Etude clinique de la tête fœtale, par Demelin. (*Rev. gén. de clin.*, 12, p. 180.) — Prévention de la septicémie dans la pratique

obstétricale, par BANTA. (*N. York med. journ.*, 8 juillet.) — Des soins à donner pendant le travail de la parturition, par GREEN. (*Boston med. journal*, 11 mai.) — Mécanisme de la rotation de l'occiput fœtal en avant, par HUGO SCHMIDT. (*Berlin. klin. Wochens.*, 16 janvier.) — De quelques modifications du col de l'utérus qui rendent difficile le diagnostic du travail, par VENTUEJOL. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — De quelques causes de la mort inattendue du fœtus pendant le travail, par CASTETS. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Des déchirures du vagin se produisant pendant le travail de l'accouchement, par SALLÉ. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Travail arrêté par une tumeur ovarienne, par KING. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Sur la brièveté du cordon ombilical, par LEROY. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De la procidence et du procubitus du cordon ombilical, par GIBORY. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — Du tampon vaginal antiseptique dans le traitement des hémorragies par insertion vicieuse, par BERTRAND. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Lithopœdion extrait par incision du cul-de-sac postérieur, par TOUVENAINT. (*Journ. de méd. Paris*, 18 juin.) — De la rupture artificielle des membranes pendant le travail, par SAMALENS. (*Thèse de Paris*, 21 juin.) — Des plaies du crâne en rapport avec les particularités du bassin, par ROSINSKI. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVI, 2.) — Du défaut d'ossification du crâne, comme cause de dystocie, des têtes molles, par DESPINEY. (*Thèse de Lyon.*) — 12 cas de provocation du travail par le ballon de Champetier, par HEELAS. (*Lancet*, 26 août.) — Des hémorragies pendant la grossesse et l'accouchement, par MAKSUD. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Sur la thérapeutique des hémorragies par inertie utérine après la délivrance, par CANDÉ. (*Thèse de Bordeaux.*) — Un cas de placenta prœvia latéral, par WILBUR. (*Boston med. journal*, 4 mai.) — Hydramnios, rupture artificielle des membranes, décollement prématuré du placenta, par BERNHEIM. (*Journ. de méd. Paris*, 9 juillet.) — Méthode de Dührssen des incisions profondes du col pour les cas de mandant une délivrance rapide, par MARX. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — De la conduite à tenir dans la présentation de la face, par GRAVIER. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Anomalie du troisième temps de l'accouchement, conduite à tenir, par FREMIN. (*Thèse de Paris*, 29 juin.) — De l'extraction combinée par le forceps, par OSTERMANN. (*Cent. f. Gynaek.*, 19 août.) — De la fréquence des applications du forceps au détroit inférieur, rotation faite, par PEZER. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Du forceps dans la présentation du front, par VALLOIS. (*Rev. méd. de l'Est*, 5, p. 129.) — Application du forceps après réduction manuelle dans les variétés postérieures du sommet, par LOVIOT. (*Journ. de méd. Paris*, 9 juillet.) — Terminaison spontanée de l'accouchement dans la présentation de l'épaule, par ROUTIER. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — De l'abaissement artificiel du pied dans la présentation du siège, par BONNAIRE. (*Semaine méd.*, 16 août.) — Version spontanée pelvienne dans un cas de présentation de l'épaule gauche, 1re position avec procidence du bras, dégagement par le siège, le fœtus plié en double ; mort par urémie dyspnéique, par PRUNAC. (*Gaz. des hôp.*, 6 juin.) — Etude sur les présentations du siège à la Maternité de Nancy, par ETIENNE. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er octobre 1892 et *Arch. de tocol.*, mai.) — De l'abaissement prophylactique et curatif du pied dans la présentation du siège décomplétée, mode des fesses, par POTOCKI. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Des indications de la basiotripsie, par GIGON. (*Thèse de Paris*, 8 juin.) — Sur le procédé de Treub dans l'accouchement prématuré, par SILVA. (*Thèse de Paris*, 1er juin.) — Sur les obs. anciennes et récentes de symphyséotomie antiseptique, par HULOT. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — La limite extrême de rétrécissement du bassin admettant la symphyséotomie, par HIRST. (*Med. News*, 5 août.) — Symphyséo-

tomie dans l'Amérique du Nord et du Sud, par Harris. (*Med. News*, 5 août.) — De l'accouchement dans les bassins rétrécis, en particulier de la symphyséotomie, par Eisenhart. (*Therap. Monats.*, mai.) — Remarques sur la symphyséotomie, par H. Coe. (*New. York med. record*, p. 485, 22 avril.) — De la symphyséotomie, par Grandin. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Symphyséotomie pour bassin plat, rachitique, mort, par Ekstein. (*Cent. f. Gynaek.*, 13 mai.) — Etude sur la symphyséotomie, par Kaschkaroff. (*Ibid.*) — Sur la symphyséotomie, par Roux et Reynès. (*Marseille médical*, 3, p. 84.) — Etude critique sur la symphyséotomie, la pubiotomie et l'ischio-pubiotomie, par Hamon de Fresnay. (*Ann. Soc. de méd. Anvers*, janvier.) — Vingtième symphyséotomie pratiquée à la clinique Baudelocque, mort de la femme au 9e jour, enfant vivant, par Pinard. (*Ann. de gynée.*, juin.) — Symphyséotomie dans un cas de bassin ostéomalacique extrêmement rétréci, craniotomie, guérison de la mère, par Dimmock. (*Brit. med. j.*, 24 juin.) — De la symphyséotomie, par P. Puech. (*N. Montpellier méd.*, 3, p. 433. Suppl.) — De la symphyséotomie, par Demelin. (*Rev. gén. de clin.*, 17, p. 264.) — De la symphyséotomie, par Zweifel. (*Schmidt's Jahrb.*, CCXXXVIII, 5.) — Un cas de symphyséotomie, par Lewers. (*Lancet*, 5 août.)

Acné. — Sur le diagnostic différentiel de quelques variétés de folliculites et notamment de l'acnitis et de la folliclis, par Barthélemy. (*Soc. franç. de dermat.*, 20 juillet.) — Acné hypertrophique opéré avec succès, par Delie. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 162.)

Acromégalie. — Acromégalie, par Lathuraz. (*Lyon méd.*, 30 juillet.) — Acromégalie et ostéo-arthropathie hypertrophique pneumonique, par Field. (*Brit. med. j.*, 1er juillet.) — Ostéo-arthropathie hypertrophiante partielle et acromégalie, par A. Marina. (*La Riforma medica*, 23 mars.) — Acromégalie, par A. Church. (*New York med. record.*, p. 545, 6 mai.) — Un cas d'acromégalie, par Day. (*Boston med. journal*, 20 avril.) — Un cas d'acromégalie avec autopsie, par Bonardi. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXII.)

Actinomycose. — Nouveau cas d'actinomycose, par Pauly. (*Lyon méd.*, 11 juin.) — Sur la phagocytose dans l'actinomycose, par Pawlowsky et Maksutoff. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 7.) — Actinomycose de la face, par du Bourquet et Legrain. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 avril.) — Observations sur un cas d'actinomycose de l'homme guéri par l'iodure de potassium, par F. Buzzi et B. Galli-Valerio. (*La Riforma medica*, 6 mai.)

Addison (mal. d'). — La maladie d'Addison, recherches chimiques et considérations cliniques, par R. Supino. (*Il Morgagni*, mars, p. 174.)

Air. — Procédé simple pour doser CO^2 de l'air, par Wolpert. (*Leipzig*, 1892 et *Hyg. Rundschau*, II, p. 873.)

Albumine, urie. — Recherche de l'albumine urinaire à l'aide de l'acide chromique, par Guérin. (*Revue méd. de l'Est*, 3, p. 82.) — Sur l'acide nucléinique, par Léo Libermann et Bila v. Bitto. (*Centralbl. f. med. Wissensch.* 15 juillet.) — Diagnostic et pronostic de l'albuminurie indépendante de la néphrite, par Washburn. (*Med. News.*, 29 juillet.)

Alcoolisme. — Récente évolution juridique sur la responsabilité des alcooliques, au point de vue criminel, par Bell. (*Journal Americ. Med. Ass.*,

25 février.) — Notes de laboratoire pour servir à l'étude de l'intoxication chronique par l'alcool, par COMBEMALE. (*Bull. méd. du Nord*, 18, 1892.) — Pronostic des paralysies alcooliques, par ARNAUD. (*Marseille médical*, p. 133.) — Delirium tremens, par TWITCHELL. (*Med. News*, 29 juillet.) — Deux cas de paralysie alcoolique à forme aiguë et généralisée, par ACHARD et SOUPAULT. (*Arch. de méd. expér.*, V, 3.) — Sur la démence alcoolique, par MOYER. (*Journal Americ. med. Ass.*, 25 février.) — Les spécifiques dans la cure de l'alcoolisme chronique, par CROTHERS. (*Ibid.*, 25 février.) — Cas de guérison d'une paraplégie alcoolique, par l'électricité, par MASSY. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 avril.) — Nitrate de strychnine dans l'alcoolisme, par MC CONNELL. (*N. York med. journ.*, 3 juin.)

Aliénation. — La folie en Grèce, par SANBURN. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Sur la folie consécutive aux opérations chirurgicales, par SEARS. (*Boston med. journal*, 29 juin.) — Modifications de la respiration chez les aliénés, par KELLOGG. (*Journ. of nerv. dis.*, mai.) — Etude de la néphrite et de la folie, par GILMORE. (*Ibid.*, août.) — Manie aiguë suite de rupture du rectum, par SMYTHE. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Pneumonie chez les aliénés, par GORTON. (*Med. News*, 5 août.) — Sur quelques expériences dynamométriques chez les aliénés, par TOULOUSE. (*Soc. de biol.*, 10 juin.) — Contribution à l'étude du délire d'origine sympathique, par PICQUÉ et FABINÉ. (*Ibid.*, janv.) — La folie à deux, ses diverses formes cliniques, par ARNAUD. (*Ibid.*, mai.) — Aliénation périodique, causée par la menstruation, par EVANS. (*Med. News.*, 20 mai.) — Pain économique, savoureux, nourrissant, fabriqué avec de la farine pétrie dans du bouillon de son, par GALLAVARDIN. (*Lyon méd.*, 2 juillet.) — Un cas de paranoia, par FLINT. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — De la mélancolie dans ses rapports avec les maladies utérines, par CHATENET. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — Mélancolie aiguë, tentative de suicide par l'enfoncement d'une aiguille dans l'abdomen, par BRAINE-HARTWELL. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — De la dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique à évolution systématique, par LACHAUX. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — De la mélancolie chez la femme, produite par la stérilité du mari, par VOISIN. (*Soc. méd. psych.*, 24 avril.) — Un exhibitionniste persécuté, les persécutés auto-accusateurs, par BALLET. (*Semaine méd.*, 31 mai.) — Manie aiguë, septicémie, mort, par ANDERSON. (*Brit. med. j.*, 27 mai.) — De la simulation de la folie chez les aliénés, par CHARUEL. (*Thèse de Paris*, 1er juin.) — Sur un cas de perversion sanguinaire de l'instinct sexuel, par COUTAGNE. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — La folie à deux, par MOREAU, de Tours. (*Ibid.*, juillet.) — Des crimes commis par les aliénés après leur sortie de l'asile, par JONES. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Le traitement de la folie, par LUYS. (In-8° 334 p., Paris.) — Les aliénés guéris, par BRIEUD. (*Thèse de Paris*, 8 juin.) Du somnal chez les aliénés et de son efficacité dans la lypémanie, par MARANDON DE MONTYEL. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — De l'action des injections de liquide testiculaire dans certaines formes d'aliénation mentale, par ALOMBERT-GAYET. (*Thèse de Lyon.*)

Aliment. — Contrôle des aliments d'origine animale destinés à l'homme, par PÜTZ. (*Münch. med. Woch.*, 15, p. 280.) — De l'action de la chaleur sur les aliments, par LUYS. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — Conférence sur l'hygiène alimentaire ; de l'hygiène alimentaire aux origines de la civilisation, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bulletin génér. de thérapeutique*, 15 mai.) — Une maladie expérimentale de cause alimentaire, par CHARRIN. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Du pain considéré comme aliment et médicament phosphaté, par BARRE. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Modifications

chimiques du pain moisi, par HEBEBRAND. (*Hyg. Rundsch.* II n° 24, p. 1057.)

Allaitement. — Sur l'allaitement, par BUDIN. (*Progrès médical*, 11 mars.)

Amputation. — Amputation de l'épaule, enfant de 8 ans, par EVANS. (*Lancet*, 22 juillet.) — Note sur un cas d'amputation congénitale de l'avant-bras droit avec ectrodactylie de la main gauche, par ISIDOR. (*Rev. d'orthop.*, 1er mai.) — De la désarticulation du genou, application de la méthode sous-périostée avec occlusion du sac synovial, par PERRIOL. (*Thèse de Lyon.*) — Amputation de Lisfranc, troubles trophiques et névralgie du moignon, élongation nerveuse, guérison, par TACHARD. (*Arch. prov. de chir.* II, 6.) — De l'amputation du pied à lambeau dorsal, procédé de Baudens, par BRUGUEIROLLE. (*Thèse de Lyon.*)

Amygdale. — Notes sur l'amygdalite aiguë, par S. SOLIS-COHEN. (*Med. News*, 29 avril.) — Abcès de l'amygdale ouvert dans le larynx, suffocation mortelle, par GANN. (*Lancet*, 24 juin.) — Sur les abcès chroniques de l'amygdale, par PEYRISSAC. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hémorragies de l'amygdale linguale et hémoptysies, par JOAL. (*Rev. de laryng.*, 1er juin.) — Hémorragie secondaire à l'ablation des amygdales, par JESSOP. (*Brit. med. j.*, 3 juin.) — Attaque d'épilepsie pendant une amygdalotomie, par EWANS. (*Med. and surg. Rep.*, 4 février.) — Syphilis de l'amygdale linguale, par SCHIFFERS. (*Archivos int. de laryng.*, juin.) — Ulcération gommeuse de l'amygdale droite, par BEAUSOLEIL. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 23 juillet.) — Note sur un cas de sarcome de l'amygdale, par LERMOYEZ. (*Ann. mal. de l'or.*, avril.) — De la pharyngotomie latérale pour les tumeurs malignes de l'amygdale, par CHAVASSE. (*Lancet*, 10 juin.)

Anémie. — L'anémie et les modifications du sang produites par l'acide urique, par HAIG. (*Brit. med. j.*, 1er juillet.) — Du traitement non médicamenteux de l'anémie, par BARUCH. (*N.-York med. journ.*, 13 mai.) — Etude du sang dans un cas d'anémie pernicieuse rapidement mortelle, par ASKANAZY. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIII, 1 et 2.) — Anémie pernicieuse, transfusion, par EVANS. (*Lancet*, 13 mai.)

Anesthésie. — Statistique d'anesthésies, par GURLT. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Les effets du chloroforme sur la pression sanguine, par LAWRIE. (*Lancet*, 1er juillet.) — Sur le chloroforme, par LAWRIE. (*Lancet*, 26 août.) — Recherches sur l'action du chloroforme, par KIRK. (*Lancet*, 19 août.) — Note sur l'anesthésie par le chloroforme, par MONPROFIT. (*Bull. Soc. de Méd. d'Angers;* 2e semestre, p. 3; 1892.) — De l'anesthésie générale par les inhalations de bromure d'éthyle, par FRÈCHE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du pental comme anesthésique, par BAUCHWITZ. (*Therap. Monats.*, juillet.) — De l'emploi de l'antipyrine comme anesthésique local dans les maladies de la gorge, par NEUMANN. (*Pester med. chir. Presse*, 3.) — Asphyxie mortelle par le protoxyde d'azote, par GAGE-BROWN. (*London clin. Soc.*, 26 mai.) — Les accidents de la cocaïne, par RECLUS. (*Semaine méd.*, 17 mai.) — Un nouvel analgésique local, la phénylcocaïne, par POINSOT. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Des meilleurs moyens d'anesthésie à employer en art dentaire, par SAUVEZ. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Sur un cas d'anesthésie généralisée chez l'homme, par RAYMOND. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 février.) — De l'anesthésie généralisée, son influence sur la conscience et le mouvement, par PRONIER. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Anévrisme. — Pathologie des anévrismes, l'athérome omme étiologie, par

Coats et Auld. (*Brit. med. j.*, 26 août.) — Sur un nouveau signe de l'anévrisme de l'aorte, les secousses trachéales ou signe d'Oliver, par Martin-Durr. (*Soc. anat. Paris*, 19 mai.) — Des anévrismes de la crosse de l'aorte, par Guigon. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Anévrisme de la crosse aortique, par O. Israel. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 123, 30 janvier.) — Sur l'origine et la guérison de l'anévrisme disséquant de l'aorte, par E. Rindfleisch. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXI, 2.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte, mort rapide par asphyxie sans sténose laryngée, sans compression accentuée des voies respiratoires, par Siredey et Dalché. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Anévrisme de l'aorte chez un sujet syphilitique, par Musmeci. (*Riv. clin. e terap.*, 10, p. 591, 1892.) — Anévrisme spontané de l'artère humérale au cours d'une endocardite végétante, par Le Gendre et Beaussenat. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Anévrisme artério-veineux axillaire datant de 14 ans, par Osler. (*Ann. of surg.*, janvier.) — Anévrisme cirsoïde du poignet, par Brousses. (*Lyon méd.*, 30 juillet.) — Ligature de l'iliaque externe pour anévrisme de la fémorale et de la poplitée, par Ensor. (*Lancet*, 1er juillet.) — Anévrisme artérioso-veineux de l'artère fémorale droite, ligature de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous du sac ; extirpation du sac, guérison, par Faguet et Aunis. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 mars.) — Ligature de l'iliaque externe droite pour anévrisme inguinal chez un malade qui avait subi la même opération à gauche pour un anévrisme, par Makins. (*Lancet*, 22 juillet.) — Ligature de la fémorale superficielle et de l'iliaque externe pour un anévrisme poplité et fémoral, par Williams. (*Brit. med. j.*, 27 mai.) — Sur l'anévrisme artério-veineux de l'artère tibiale postérieure, par Annequin. (*Arch. de méd. milit.*, avril.)

Angine. — Les angines pseudo-membraneuses à pneumocoques, par Jaccoud. (*Semaine méd.*, 19 juillet.) — Sur une série de cas d'angine infectieuse observés à bord du *Caïman*, par Bohéas. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — Recherches bactériologiques sur l'angine tonsillaire et la diphtérie, par Goldscheider. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 4 et 5.) — L'angine de Ludwig, par Matignon. (*Rev. de laryng.*, 15 mai.) — Cas rapidement mortel d'angine de Ludwig, par Gibson. (*Lancet*, 3 juin.) — De l'angine de poitrine symptomatique d'une affection organique du cœur et de l'artério-sclérose, par Weber. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Coexistence de l'angine de poitrine et de l'épilepsie chez le même sujet et considération sur l'identité possible de ces maladies, par Newton. (*New-York med. record*, p. 527, 29 avril.) — L'angine de poitrine et l'iodure de sodium, par Gingeot. (*Rev. gén. de clin.*, 13, p. 195.) — Contre-indication de la morphine dans l'angine de poitrine à forme asphyxique, par Huchard. (*Ibid.*, 15, p. 227.)

Angiome. — Traitement des tumeurs érectiles par l'ignipuncture, par Gazol. (*Thèse de Montpellier.*) — Angiokératome plan, par Dudreuilh. (*Soc. franç. de dermat.*, 6 avril.) — *Idem*, par Audry. (*Ibid.*) — De l'angiokératome, par Piffault. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.)

Anthrax. — Comment arrêter un anthrax, par Barker. (*New York med. journ.*, 17 juin.)

Antisepsie. — Des conditions de l'antisepsie et de l'asepsie à la campagne, par Cazenove. (*Thèse de Montpellier.*) — L'antisepsie gastro-intestinale, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 11 mai.) — Un nouvel antiseptique, l'aldéhyde formique, par Valude. (*Ann. d'ocul.*, juillet.)

Anus. — Traitement de la fistule ano-rectale, par Tuttle. (*N. York med.*

journ., 1er juillet.) — Modification à l'opération de l'anus iliaque, par Desguin. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mai.) — Technique de la gastrostomie et de l'anus contre nature, par Helferich. (*Deutsche med. Woch.*, 1. p. 7.)

Aorte. — Aortite, ectasie et perforation de l'aorte dans la bronche gauche, par Vigne. (*Marseille médical*, 9, p. 241.)

Appareils. — Chaise orthopédique, par Brousses. (*Lyon méd.*, 7 mai.) — Serre-nœud galvanique pour papillomes vésicaux, par Bazy. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 186.) — Bandage compressif du scrotum, par Wickham. (*France méd.*, 5, p. 65.) — Plan incliné portatif pour les opérations abdominales, par Péraire. (*Rev. de chir.*, août.) — Appareil ambulatoire pour les fractures simples et compliquées du membre inférieur, par Korsch. (*Berlin. klin. Wochens.*, 9 janvier.) — Appareil pour la stérilisation des sondes par l'acide sulfureux, par Forgue. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 245.) — Le tromomètre (appareil destiné à mesurer le tremblement), par Quintard. (*Bull. soc. de méd. d'Angers*, 2e semestre, p. 25, 1892.) — Sur le phénix à air chaud et autres appareils pour produire la sudation au lit, par J. Cohen. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L, p. 509.) — D'un nouveau thoracomètre, par von Heinleth. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.)

Artère. — Classification des artérites, les artérites en plaques, par Lancereaux. (*Bull. méd.*, 17 mai.) — Plaie de la face, hémorragie secondaire de la maxillaire interne, ligature, par V. Beck. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVI, 5 et 6.) — De la ligature de la carotide externe, par Lipps. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Sur un procédé de ligature de la carotide externe, par Chalot. (7e *Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 16 avril.)

Articulation. — Sur la synovie et en particulier sur la substance plus ou moins semblable à du mucus qu'elle renferme, par E. Salkowski. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXI, 2.) — Traitement des entorses, par Reclus. (*Union médicale*, 4 mai.) — Trois cas d'arthropathies myélopathiques, par L. Revilliod et Audeoud. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 2, p. 78.) — Arthropathies consécutives à une myélite, résection orthopédique des deux genoux, par Jeannet. (*Arch. prov. de chir.*, II, 8.) — Les résultats de la thérapeutique conservatrice dans les arthrites tuberculeuses de la hanche, par Thausing. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Extirpation de l'astragale dans l'arthrite tuberculeuse du cou-de-pied, par Ferraton. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — De l'arthrotomie transosseuse, par Taurette. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Maladies de la hanche, par Ridlon. (*Journal americ. med. Ass.*, 18 février.) — Diagnostic du début de la coxalgie, par Marsh. (*Practitioner*, juin.) — Traitement de la coxalgie par l'extension continue, par Calot. (7e *Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 5 avril.) — Désarticulation de la hanche dans la coxalgie incurable, par Ménard. (*Ibid.*) — Corps étrangers dans l'articulation du genou, par Richardson. (*Boston med. Journal*, 25 mai.) — Un symptôme paradoxal du genu valgum, par E. Estor. (*N. Montpellier méd.*, 12, p. 225.) — Plaie pénétrante du genou par coup de feu, par Félix. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Arthrodèse du cou-de-pied pour un varus dû à la paralysie infantile, par Cotterell. (*Lancet*, 13 mai.) — Réfection d'une mortaise tibiale, par Terrier et Hennequin. (*Rev. de chir.*, août.) — Nouvelle méthode pour la résection de l'articulation radio-carpienne, par A. Catterina. (*La Riforma medica*, 21 mars.)

Asphyxie. — Nouvelle méthode de respiration artificielle dans l'asphyxie des nouveau-nés, par Dew. (*New-York med. record*, 11 mars.) — Du

procédé dit de la langue, par PICARD. (*Revue méd. de l'Est*, 3, p. 83.) — Traitement de l'asphyxie des nouveau-nés, par LATZKO. (*Wiener med. Presse*, 4 juin.)

Athétose. — Contracture et athétose, par ROQUE. (*Lyon méd.*, 18 juin.) — Sur un cas d'athétose double, par MOUSSOUS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 avril.)

Autoplastie. — Des procédés d'autoplastie de la main, par TRICHET. (*Thèse de Paris*, 5 juillet.)

Avortement. — De l'avortement, par OLIVER. (*Edinb. med. j.*, août.) — De l'avortement fœtal et de son traitement, par AUVARD et TOUVENAINT. (*La médecine moderne*, 29 mars, p. 290.)

B

Bactériologie. — Documents nouveaux pour servir à l'histoire des doctrines microbiologiques, par CAZENEUVE. (*Lyon méd.*, 9 juillet.) — Mode d'action des substances produites par les microbes sur l'appareil circulatoire, par CHARRIN et GLEY. (*Acad. des sc.*, 19 juin.) — Recherches sur les substances bactéricides du sérum sanguin des lapins, par PANE. (*Riv. clin. e terap.*, 12, p. 705; 1892.) — Sur les quantités variables de glucose qui se trouvent dans le bouillon, en rapport avec les divers pouvoirs fermentatifs de quelques bactéries, par PANE. (*Ibid.*, 10, p. 577.) — Pression et microbes, par d'ARSONVAL et CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 20 mai.) — De la décoloration des toxines pyocyaniques comme moyen d'atténuation de leur toxicité, par CHARRIN. (*Assoc. franc.*, *Cong. de Besançon.*) — Sur la valeur de l'albumine d'œuf comme terrain de culture des microorganismes, par C. PARASCANDOLO. (*La Riforma medica*, 2 mai.) — Action des vapeurs mercurielles sur quelques variétés de microbes pathogènes, par AUCHÉ. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 18 juin.) — Précipitation des couleurs d'aniline dans certaines conditions de réaction histo-chimique, possibilité de cause d'erreurs, par HENROTAY. (*Soc. de biol.*, 29 juillet.) — Électricité et microbes, par d'ARSONVAL et CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 15 juillet.) — Influence des portes d'entrée, par CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 10 juin.) — La destruction probable des bactéries dans les eaux polluées de rivière par les infusoires, par ATTFIELD. (*Brit. med journ.*, 17 juin.) — Nombre des bactéries du sol à différentes profondeurs, par HOUSTON. (*Edinb. med. journ.*, juin.) — Les organismes pathogènes des voies respiratoires supérieures, par MACINTYRE. (*Lancet*, 26 août.) — Augmentation de la virulence des staphylocoques pyogènes (staphylococcus pyogenes aureus, albus, citreus), par C. TERNI. (*La Riforma medica*, 19 mai.) — Le bacille pyocyanique chez les végétaux, par CHARRIN. (*Acad. des sc.*, 8 mai.) — Hypoglycémie pyocyanique, par CHARRIN et KAUFMANN. (*Soc. de biol.*, 1er juillet.) — Origine toxique de l'hypoglycémie pyocyanique, par CHARRIN et KAUFMANN. (*Soc. de biol.*, 22 juillet.) — Action du bacillus septicus putridus sur le lait, par ROGER. (*Soc. de biol.*, 8 juillet.) — Fermentation anaérobie produite par le bacillus orthobutylicus, par GRIMBERT. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 5.) — Sur l'identité du bacille lactique de Pasteur avec le bacillus lactis aerogenes, par WURTZ et

Leudet. (*Soc. de biol.*, 20 mai.) — Action du mercure métallique ajouté à certains milieux nutritifs sur le développement de quelques espèces microbiennes pathogènes, par Auché. (*Gaz. méd. des sc. de Bordeaux*, 25 juin.) — Sur un microcoque anaérobie trouvé dans des suppurations fétides, par Veillon. (*Soc. de biol.*, 29 juillet.) — Nouvelles recherches sur un bacille semblable à celui de la lèpre, par R. Campana. (*La Riforma medica*, 24 janvier.) — Propriétés pathogènes du staphylococcus cereus, par Dor. (7e *Cong. franç. chir.; Bulletin méd.*, 9 avril.) — Immunisation des lapins contre le streptocoque et traitement de la septicémie streptococcique par le sérum du sang des animaux immunisés, par Mironoff. (*Arch. de méd. expér.*, V, 4.) — Un streptocoque à culture apparente sur pomme de terre, par Marot. (*Arch. de méd. expér.*, V, 4.) — Bacillus pseudo-iris, par Roux. (*Lyon méd.*, 23 juillet.) — Sur les rapports du pneumo-bacille du ferment lactique et de quelques autres organismes avec le bacillus lactis aerogenes et le bacillus typhosus, par Denys et Martin. (*La Cellule*, IX, 1.) — Ces nouvelles tentatives faites pour effacer le genre saccharomyces, par E. Chr. Hansen. (*Centralbl. f. Bakter.*, XIII, p. 16.) — Le bacterium coli commun, par P. Chéron. (*Union médicale*, 18 mars.) — Produits solubles du bacillus coli communis, leur action sur la grenouille, par Roger. (*Soc. de biol.*, 6 mai.) — De l'action hypothermisante du bacillus coli communis, par Boix. (*Ibid.*, 27 mai.) — Contribution à l'étude des propriétés biologiques du bacterium coli, par A. Cesario-Demel et E. Orlandi. (*Giorn. Accad. di medic. di Torino*, fév., p, 73.) — Sur la culture du bactérium coli dans l'urine, par Hallé et Dissard. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — Recherches sur le bacille typhique et le bacterium coli, par Neisser. (*Zeit. klin. Med.*, XXIII, 1 et 2.)

Bain. — Note sur l'action physiologique des bains et de l'eau de Royat sur la nutrition, par Bouchinet. (*La Médecine moderne*, 24 juin.) — Indication et contre-indication des bains salés en thérapeutique, par Lejard. (*Assoc. franç.*, *Cong. de Besançon.*)

Bassin. — Sur les bassins obliques ovalaires, par Tcherepakhine. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Du bassin des bossues, par Rivière. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er mai.) — Des exostoses du bassin, en particulier de l'étiologie et de la genèse de l'exostose du promontoire, par Neugebauer. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVI, 2.) — Cellulite et myo-cellulite localisée douloureuse, description d'une affection abdomino-pelvienne commune et peu connue, par Stapfer. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Pathogénie et traitement des suppurations pelviennes, par Prengrueber. (*Bull. méd.*, 14 mai.) — Du traitement de certaines collections pelviennes par la ponction et l'incision vaginales, par Valentin. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — De la symphyséotomie chez l'homme, par Gallet-Duplessis. (*Thèse de Paris*, 29 juin.)

Béribéri. — Épidémie de béribéri à bord du *Dax*, par Ashmead. (*Med. News*, 12 août.)

Biliaire. — Sur un pigment de la bile du crapaud, par Aducco. (*Giornale accad. di medic. Torino*, janvier, p. 26.) — Sur l'acholie ou cholémie expérimentale, par Denys et Stubbe. (*La Cellule*, IX, 2.) — De l'antisepsie des voies biliaires dans le traitement de la colique hépatique et de la lithiase biliaire, par Cornet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Chirurgie des voies biliaires, par Mende. (*Therap. Monats.*, août.) — Chirurgie de la vésicule et des voies biliaires, par Mc Fadden Gaston. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er avril.) — La chirurgie de la vésicule biliaire, par R. Abbe. (*New York med. record*,

p. 548, 6 mai.) — Traitement chirurgical des calculs biliaires, par DUNCAN. (*Edinb. med. journ.*, juin.) — Cholécystectomie dans le traitement de la lithiase biliaire, par MICHAUX. (7e *Congr. franç. chir.; Bulletin méd.* 23 avril.) — Rupture des voies biliaires, laparotomie tardive; guérison, par MICHAUX. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 243.)

Blennorragie. — De l'infection blennorragique, par PATOIR. (*Thèse de Lille.*) Receptivité de l'urètre et de l'utérus, blennorragie et mariage, par JANET. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Deux mots sur la blennorrée, par JULLIEN. (*Journ. de méd. Paris*, 16 juillet.) — Blennorrée uro-génitale chez les enfants, filles et garçons, par KOPLIK. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — De l'urétrite blennorragique aiguë au point de vue bactériologique, par CHARPENTIER. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Traitement de la blennorragie par les lavages au syphon, par DELAROCHE. (*Ibid.*, 26 juillet.) — Recherches bactériologiques et chimiques sur la pathogénie de l'orchite blennorragique et de certaines orchites infectieuses, par ERAUD et HUGOUNENQ. (*Soc. franç. de dermat.*, 6 avril.) — Blennorragie, cystite, instillation au nitrate d'argent, hématurie, cystite tuberculeuse, par ÉTIENNE. (*Ann. policl. Toulouse*, 1er janvier.) — Rétrécissements blennorragiques, urétrotomie interne, bougie filiforme cassée dans la vessie; extraction huit jours après, par SOREL. (*Normandie méd.*, 1er juin.) — Arthrite blennorragique suppurée chez une femme antérieurement atteinte d'ostéomyélite du fémur. Ponction et injection intra-articulaire d'une solution de sublimé; guérison, par RENDU. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 mars.) — De l'arthrite blennorragique et de son traitement, par FILIPPI. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Péritonite causée chez l'homme par l'urétrite blennorragique, par DE ZEISSL. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — Sur le traitement de la blennorragie, par GUIARD. (*Journ. de méd. de Paris*, 23 juillet.) — Traitement de la blennorragie par le gallobromol, par CAZENEUVE et ROLLET. (*Lyon méd.*, 16 juillet.) — Résultats obtenus à l'aide d'un nouveau traitement de la blennorragie, par H.-M. CHRISTIAN (*The Therapeutic Gazette*, 15 mai.) — Nouveau suspensoir pour le traitement ambulant de l'épididymite blennorragique, par Georg FALKSON. (*Berlin. klin. Wochens*, 16 janvier.)

Bouche. — — Stomatite gangréneuse, examen bactériologique, par FOOTE. (*Americ. j. of med. sc.*, août.) — De la gingivite gangréneuse idiopathique de l'adulte, par RICHARDS. (*New York med. record*, 15 août.)

Branchie. — Du développement organique et histologique des dérivés branchiaux, glande carotidienne thyroïde, par PRENANT. (*Soc. de biol.*, 24 juin.)

Bronche. — Les infections bronchiques, par CLAISSE. (*Thèse de Paris*, 29 juin, et *Semaine méd.*, 14 juin.) — Étiologie de certaines formes de bronchites, par BABES et BELDIMAN. (*Roumanie méd.*, I, 3.) — Etude critique sur le spasme bronchique, par MARCHENA. (*Thèse de Paris*, 5 juillet.) — De la broncho-pneumonie aiguë infantile, par LARTIGUES. (*Thèse de Bordeaux.*) — Dilatation bronchique lobaire diagnostiquée pendant la vie par l'absence du bacille de Koch, hyperplasie considérable des fibres musculaires lisses, par DÉJÉRINE et SOTTAS. (*Revue de méd.*, août.) — Pathogénie de la dilatation des bronches, par NICAISE. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*)

Brûlure. — Rétraction des cicatrices de brûlures, par GUÉRIN. (7e *Congrès franç. chir.; Mercredi méd.*, 26 avril.)

C

Cancer. — La nature du cancer, classification générale des maladies cancéreuses, par Snow. (*Lancet*, 29 juillet.) — Sur les effets de l'inoculation aux animaux du cancer humain ou de produits cancéreux. Résultat positif dans un cas, par Mayet. (*Acad. des sc.*, 5 juin.) — Sur la transmission et l'évolution de certaines tumeurs épithéliales chez la souris blanche, par Morau. (*Acad. des sc.*, 3 juillet.) — Inoculation du cancer de l'homme au rat, par Mayet. (*Lyon méd.*, 27 août.) — Auto-inoculation cancéreuse, par Courtin. (*7e Cong. franç. chir. Bulletin méd.*, 9 avril.) — Existe-t-il des parasites dans les tumeurs cancéreuses? par Cattle. (*Brit. med. journ.*, 22 juillet.) — Psorospermie et cancer, par Clarke. (*London path. Soc.*, 16 mai.) — Recherches sur le cancer des maladies cellulaires et de la formation de tumeurs par les sporozoaires, par Pfeiffer. (*Iéna.*) — Formations ayant l'aspect de protozoaires (corpuscules de Russel), dans la sarcomatose cutanée, par Touton. (*Münchener med. Woch.*, 17 janv.) — De l'origine parasitaire du carcinome, par Councilman. (*Boston med. journal*, 20 avril.) — Note sur la production expérimentale du cancer, par d'Arcy Power. (*Journ. of path. and bact.*, I, 4.) — Nouvelles recherches sur quelques protozoaires parasitiques trouvés dans les tumeurs cancéreuses, par Ruffer et Plimmer. (*Journ. of path. and bacter.*, I, 4.) — Contagion et inoculabilité du cancer, par Duplay et Cazin. (*Semaine méd.*, 8 juillet.) — De la spécificité cellulaire dans les cancers épithéliaux, par Cazin. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — De l'étiologie du cancer, par Viguès. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — De la nature parasitaire du cancer, par Gibbes. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.) — Mécanisme du processus hyperplasique dans les tumeurs épithéliales, applications, par Fabre-Domergue. (*Soc. de biol.*, 27 mai, et *Acad. des sc.*, 29 mai.) — État de nos connaissances sur le cancer. (*New York med. record*, p. 183, 11 fév.) — Nouvelles recherches sur l'étiologie du cancer, par Fiessinger. (*Rev. de méd.*, août.) — Carcinome pigmentaire généralisé, par Landowski. (*Soc. anat. Paris*, 26 mai.) — Enquête sur le cancer en Normandie avec la collaboration de trente-cinq médecins exerçant en Normandie, par Brunon. (In-8°, 27 p., *Rouen.*) — Obs. sur la pathologie générale du cancer, en particulier du cancer du sein, par Williams. (*Med. chronicle*, nov. 1892, fév.-mars 1893.) — De l'emploi du chlorate de soude dans le cancer, par Brissaud. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Traitement des tumeurs malignes par les inoculations répétées d'erysipèle, dix cas inédits, par Coley. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — De l'emploi du pétrole comme topique dans le traitement du cancer et des vaginites, par Desprès. (*Gaz. des hôp.*, 15 juin.)

Cartilage. — La chondrodystrophie hyperplastique, par Kaufmann. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XIII, 1, p. 32.)

Cellule. — Du mécanisme de l'excrétion cellulaire, par Van Gehuchten. (*La Cellule*, IX, 1.) — Les théories embryologiques et les lois de la biologie cellulaire, par Vialleton. (*Rev. scientif.*, 22 juillet.) — La cristallisation de la cellulose et la composition chimique de la membrane cellulaire végétale, par Gilson. (*La Cellule*, IX, 2.) — Les propriétés germicides des nucléines, par Vaughan, Novy et Mc Clintock. (*Med. News*, 20 mai.) —

Toxines et lésions cellulaires, par CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 13 mai.) — Sur certains faits de dégénérescence cellulaire, par TRÉLOHAN. (*Soc. de biol.*, 29 juillet.)

Cerveau. — Les éléments névrogliques dans le cerveau, par ANDRIEZEN. (*Brit. med. j.*, 29 juillet.) — Le lobe limbique dans la série des mammifères, par BOLE. (*Thèse de Lille.*) — Les centres cérébraux de la vision, par VIALET. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Sur l'existence, à la partie inférieure du lobe occipital, d'un faisceau d'association distinct, le faisceau transverse du lobule lingual, par VIALET. (*Soc. de biol.*, 29 juillet.) — Physiologie de la circulation cérébrale, par DESUET. (*Thèse de Lille.*) — De la visibilité directe des effluves cérébraux, par LUYS. (*Soc. de biol.*, 17 juin.) — Du rôle du liquide céphalo-rachidien dans la circulation cérébrale, par JOLYET. (*Soc. de biol.*, 8 juillet.) — Diminution de la pression intra-cranienne par le retrait de liquide cérébro-rachidien de la cavité sous-arachnoïdienne, par PARKIN. (*Lancet*, 1er juillet.) — De l'influence de l'activité cérébrale sur l'échange d'acide phosphorique et d'azote, par STCHERBAK. (*Arch. de méd. expér.*, V, 3.) — Structure et fonctions du cerveau, étude de l'aphasie et de la cécité, par SACHS. (In-8°, 290 p., *Breslau.*) — Sur un cas de surdité verbale pure, par SÉRIEUX. (*Rev. de méd.*, août.) — De la localisation anatomique de la cécité verbale pure, par DEJERINE et VIALET. (*Soc. de biol.*, 29 juillet.) — Sur un cas d'agraphie motrice suivi d'autopsie, par J.-M. CHARCOT et DUTIL. (*Soc. de biol.*, 1er juillet.) — Sur deux cas récents d'aphasie, par GRAFÉ. (*Rev. de méd.*, juin.) — De l'encéphalite diffuse, par KNAGGS et BROWN. (*Brain*, 61 et 62.) — Polioencéphalomyélite sans lésions anatomiques, par DRESCHFELD. (*Brit. med. j.*, 22 juillet.) — Monoplégie faciale par lésion limitée de la capsule interne, par P. PARISOT. (*Revue méd. de l'Est*, 6, p. 175.) — Des paralysies pseudo-bulbaires d'origine cérébrale, par GALAVIELLE. (*Thèse de Montpellier.*) — Mort subite dans un cas de ramollissement étendu des deux lobes frontaux, par DAGUILLON. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — De la trépanation dans le ramollissement cérébral, par LANPHEAR. (*University med. Magazine*, p. 785, juillet.) — De l'hydrocéphalie, par G. RAUZIER. (*N. Montpellier méd.*, 9, p. 165.) — Hydrocéphalie interne chronique idiopathique, suite de tumeur du cerveau, compliquée de syringomyélie, par KUPFERBERG. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 1 et 2.) — Traitement opératoire de l'hydrocéphale chronique, par POTT. (*Münch. med. Woch.*, 16, p. 304.) — Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie congénitale, par VAUTRIN. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Chirurgie du cerveau, par WARNOTS. (7e *Cong. franç. chir. Mercredi méd.*, 19 avril.) — Tumeurs encéphaliques et localisations fonctionnelles dans l'encéphale, par THIRRION. (*Thèse de Lille.*) — Sarcome névroglique de l'hémisphère gauche, hémiplégie droite, contracture et atrophie secondaire, par Martin DURR. (*Bull. Soc. anat.*, mars, p. 225.) — Extirpation d'une tumeur du lobe frontal gauche, par BOOTH et CURTIS. (*Annals of surgery*, XVII, 2.) — Tumeur kystique du cerveau, opération, guérison, par STIEGLITZ et GERSTER. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Kyste sous-cortical de la partie inférieure de la circonvolution pariétale ascendante gauche, opération, par DILLER et BUCHANAN. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.) — Traitement des blessures du cerveau, par ADAMKIEWICZ. (*Deutsche med. Woch.*, 2, p. 28.) — Sur deux cas de chirurgie cérébrale suivis de trépanation du crâne, par A. D'AMBROSIO. (*La Riforma medica*, 9 juin.)

Cervelet. — Sur un cas de déchirure traumatique du cervelet, par BOURDIN. (*Gaz. méd. Picardie*, mai.) — Tumeur du cervelet chez un chien, par CADIOT et ROGER. (*Soc. de biol.*, 10 juin.) — Sarcome de l'hémisphère céré-

belleux droit, par A. Fraenkel et H. Stroeber. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 123, 30 janvier.) — Sarcome de la protubérance annulaire et glio-sarcome du cervelet, par Hektoen. (*Journal americ. med. Ass.*, 11 février.)

Césarienne (**Opér.**). — Opération de Porro chez une rachitique rétrécie, par Lubac. (*Gaz. des hôp.*, 22 juin.) — Un cas d'opération césarienne, enfant vivant; guérison, par Worcester. (*Boston med. journal*, 13 avril.) — Opération de Porro pour un cas d'ostéomalacie très prononcée, traitement consécutif, par Seeligmann. (*Cent. f. Gynaek.*, 15 juillet.) — Un cas d'opération césarienne conservatrice, par Doktor. (*Ibid.*, 8 juillet.) — Opération césarienne, par Fischer. (*Prager med. Woch.*, 13.) — Opération césarienne, par Keith. (*Brit. med. j.*, 1er juillet.) — Opération césarienne pour une présentation de l'épaule, par Hubert. (*Revue médicale Louvain*, 31 janv.) — Opération césarienne, par Simon. (*Münch. med. Woch.*, 11, p. 214.) — Trois cas d'opération césarienne, par Staude. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 août.) — Procédé d'hémostase préventive de Cameron dans l'opération césarienne, par Labusquière. (*Ann. de gynéc.*, juillet.)

Chancre. — Sur le chancre mou, par Nicolle. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Le microbe du chancre mou, par Mermet. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Sur le bacille du chancre mou, par Rivière. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 mai.) — Les recherches récentes sur le microbe du chancre mou, par L. Fournier. (*Union médicale*, 1er avril.) — Le chancre mixte, par Balzer. (*La Médecine moderne*, 6 mai, p. 454.) — Chancres mous de la verge, du scrotum, de l'anus et de la face, par de Coquet. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er mai.)

Charbon. — Théorie de l'immunité des poules pour le charbon (congénitale), par Lazarus et Weyl. (*Berl. klin. Woch.*, 7 nov. 1892.) — Sur la manière dont les bacilles du charbon se comportent dans le lait pendant les vingt-quatre premières heures, par O. Caro. (*La Riforma medica*, 12 avril.) — Les vaccinations anticharbonneuses en Italie, par Perroncito. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, février, p. 103.)

Chirurgie. — Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat pendant l'année 1892, par Terrier. (*Progrès médical*, 6 mai.) — La chirurgie et les sciences biologiques, par D. Morisani. (*La Riforma medica*, 25 février.)

Chlorose. — Quelques remarques sur l'apparition tardive de la chlorose, par Rieder. (*Münch. med. Woch.*, 12, p. 225.) — Théories actuelles sur la nature de la chlorose, par Luzet. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — L'origine intestinale de la chlorose, par Forchheimer. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.) — Des rapports de la chlorose et de la grossesse, par Schmidt. (*Cent. f. Gynaek.*, 1er juillet.) — Les bruits chlorotiques, par Duroziez. (*France méd.*, 10, p. 145.)

Choléra. — L'épidémie de choléra sur les îles de l'Elbe, Wilhelmsbourg, Neuhof, par Wolff. (*Berl. klin. Woch.*, 17 oct. 1892.) — Le choléra à l'asile provincial d'aliénés de Nietleben, par Fielitz. (*Münchener med. Woch.*, 31 janv.) — Coup d'œil épicritique sur l'épidémie de choléra à l'asile d'aliénés de Nietleben, près de Halle, par Hullmann. (*Ibid.*, 19 et 20.) — Sur l'épidémie de choléra d'Altona en août-novembre 1892, par Herkt. (*Ibid.*, p. 45 et 68, janv.) — Marche de l'épidémie cholérique en 1892, par S. Guttmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 125, 30 janvier.) — Le choléra à la Mecque et les quarantaines en Égypte, par Mackie. (*Brit. med. journ.*, 29 juillet.) — Le choléra à la maison départementale de Nanterre, par

Noel. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Épidémiologie du choléra, par Hart. (*Journal americ. med. Ass.*, 1er juillet.) — Le choléra, d'où vient-il, comment se propage-t-il? par Hart. (*Brit. med. j.*, 1er juillet.) — Une épidémie de choléra nostras, par Carp. (*Deutsche med. Woch.*, 2, p. 34.) — Du choléra virulent et de la genèse des épidémies, par Gamaleia. (*Soc. de biol.*, 29 juillet.) — Du choléra virulent et épidémique, par Gamaleia. (*Acad. des sc.*, 31 juillet.) — Discussion sur le choléra à l'Association britannique. (*Brit. med. j.*, 12 août.) — Recherches sur le choléra et les vibrions, par Metchnikoff. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 7.) — Cils composés chez une bactérie trouvée dans les selles d'un cholérique, par Sakharoff. (*Ibid.*, VII, 7.) — Technique de la coloration des cils, cils des vibrions cholériques et organismes voisins, fils du b. colli et du bac. typhique, par Nicolle et Morax. (*Ibid.*) — Recherches sur le choléra et les vibrions, par Metchnikoff. (*Ibid.*, VII, 5.) — Destruction des bacilles cholériques dans le caviar salé, par Fraenkel. (*Hyg. Rundschau*, II, p. 965.) — État actuel du diagnostic bactériologique du choléra, par Koch. (*Semaine méd.*, 31 mai.) — Les enseignements du choléra, par J. Arnould. (*Revue d'hyg.*, XV, 14 et 97.) — Pathogénie du choléra, par Maclagan. (*Lancet*, 3 juin.) — Le choléra au point de vue des villes, par Heron. (*Lancet*, 27 mai.) — Choléra asiatique, par Leale. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Un cas de choléra asiatique, par Navarre. (*Lyon méd.*, 23 juillet.) — Un cas de choléra à l'hôpital Saint-Antoine, par Gaucher. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 31 mars.) — Choléra et fièvre typhoïde, par Girode. (*Soc. de biol.*, 27 mai.) — Encore un mot sur la néphrite cholérique, par Leyden. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 6.) — Des lésions histologiques du rein et du foie dans le choléra, par Papillon. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — La gangrène complication du choléra, par Martin-Durr. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Mort de choléra nostras, par Guttmann. (*Berl. klin. Woch.*, 10 oct. 1892.) — Considérations sur le choléra et sur son traitement, par Boens. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 11, p. 1121.) — De la nécessité des mesures prophylactiques contre le choléra, par Hibberd. (*Journal americ. med. Ass.*, 13 mai.) — La prophylaxie du choléra à Königsberg, par Esmarch. (*Deutsche med. Woch.*, 8, p. 190.) — La prophylaxie du choléra en Suisse, par Schmid. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 26, 1er janvier.) — Les baraques pour cholériques à Hambourg. (*C.-Bl. der Bauverwaltung*, 1892, et *Hyg. Rundsch.*, III, n° 1, p. 31.) — Traitement du choléra, par Heyse. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 janvier.) — Traitement du choléra dans la clientèle, par Agéron. (*Münchener med. Woch.*, 24 janv.) — De l'atropine dans le choléra, par Lauder Brunton. (*Royal med. and chir. Soc.*, 13 juin.) — Traitement du choléra par l'hypodermoclyse et l'entéroclyse, par Daland. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.) — A propos du salol dans le choléra, par Girode. (*Soc. de biol.*, 27 mai.) — De l'étiologie et du traitement du choléra infantile, par Chmellicek. (*N. York med. j.*, 29 juillet.) — Un cas de paralysie à la suite du choléra infantile, par Bézy. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 mars.) — Traitement du choléra infantile, par Gross. (*Therap. Monats.*, mai.)

Chorée. — Sur la chorée, par Wood. (*Journal Americ. med. Ass.*, 25 février.) — Etiologie de la chorée, par Brown. (*Journ. of nervous dis.*, août.) — De la chorée gravidique, par Fonteneau. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Obs. sur l'albuminurie choréique, par Bouchard. (*Soc. de biol.*, 13 mai.) — Traitement de quelques cas de chorée par les hypnotiques, par Barrs. (*Lancet*, 20 mai.)

Choroïde. — Cancer métastatique de la choroïde, par Bouquet. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.)

Cicatrice. — Sur la chéloïde spontanée multiple, par Bonzon. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Cicatrisation dans le caillot mou dans les plaies accidentelles, par Johnson. (*Annales of surg.*, XVII, 3.) — Cicatrice douloureuse du cou, persistance des douleurs pendant 23 ans, disparition par une compression énergique, par Delorme. (*Gaz. des hôp.*, 17 juin.) — Sur l'origine infectieuse des chéloïdes, par Legrain. (*Soc. de biol.*, 3 juin.)

Circulation. — Pression du pouls, par Oliver. (*Practitioner*, juillet.) — Recherches critiques et expérimentales sur le sphygmoscope de Chauveau-Marey et les manomètres élastiques, par Ansiaux. (*Arch. de biol.*, XII, 4.) — Des phénomènes convulsifs par troubles circulatoires, par Emery. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.)

Climat. — Sorrente comme station climatérique, par Brunton. (*Practitioner*, août.) — La climatologie estivale d'Hyères, par Fleurot. (*Rev. gén. de clin.*, 12, p. 184.)

Cœur. — Sur l'existence de vaisseaux nourriciers du muscle cardiaque, chez la grenouille, par Martin. (*Soc. de biol.*, 15 juillet.) — Sur l'innervation cardiaque et les variations périodiques des rythmes du cœur, au cours de l'asphyxie chez le chien, par Laulanié. (*Soc. de biol.*, 8 juillet.) Sur la thermopalpation avec des considérations sur la situation du cœur, par P. Meissner. (*Archiv f. pathol. Anat.* CXXXI, 3.) — De la régularité des battements du cœur, par Meltzer. (*N. York med. journ.*, 13 mai.) — Explication du cardiogramme et méthode pour l'enregistrement mécanique des bruits du cœur, par Hürthle. (*Deutsche med. Woch.*, 4.) — Sur le prétendu bruit de « frottement-souffle » dans la péricardite, par L. Vanni. (*La Riforma medica*, 28 janvier.) — Sur les voies que suivent les bruits cardio-vasculaires pour se propager à grande distance, par Vanni. (*Riv. clin. e terap.*, 2, p. 65.) — Contribution clinique au bruit de galop cardiaque, par Cazenave de la Roche. (*Journ. de méd.*, *Paris*, 23 juillet.) — Dilatations cardiaques expérimentales, par Gley et Charrin. (*Soc. de biol.*, 3 juin.) — De l'examen du cœur, par C. Paul. (*Tribune méd.*, 18 mai.) — Tachycardie et asystolie dans les compressions du pneumogastrique, par Renaud. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — Tachycardie essentielle paroxystique, par Percepied. (*Normandie méd.*, 1er juin.) De la bradycardie dans les maladies du cœur, par Strübing. (*Deutsche med. Woch.*, 4, p. 74.) — Des ruptures des piliers de la valvule mitrale, par Gilbin. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Du rétrécissement pulmonaire pré-artériel acquis, par Chrétien. (*Rev. de méd.*, août.) — Rétrécissement valvulaire de l'artère pulmonaire et dilatation de sa branche gauche, par Jaccoud. (*Bull. méd.*, 14 juin.) — Sur l'endocardite aiguë, par Bozzolo. (*Riforma medica*, 5 mai.) — De l'endocardite infectieuse d'origine puerpérale, par Hugonnet. (*Thèse de Paris*, 5 juillet.) — Endocardite aiguë chez un tuberculeux, par Guérin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 18 juin.) — Endocardite végétante d'origine rhumatismale avec infarctus de la rate, par Fauvelle. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 266.) — Insuffisances aortique et mitrale ; mort par endocardite infectieuse, par Léon Gautier. (*Revue méd. Suisse romande*, XIII, 61.) — De l'endocardite tuberculeuse, par Hanot. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — De la symphyse cardiaque, par Potain. (*Semaine méd.*, 14 mai.) — Mort subite par dégénérescence graisseuse du cœur avec pigmentation de myocarde, par Virchow. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 102, 23 janvier.) — 4 cas de lésions cardiaques rares, par Torquato-Venturi. (*Rev. de méd.*, juin.) — Lésions congénitales du cœur, par Reiss. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Contribution à la pathologie du cœur

(Persistance du canal de Botal, un cas ; contusion du cœur, deux cas ; tachycardie paroxystique, deux cas), par Hochhaus. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LI, p. 1.) — Remarques sur la pathogénie et la pathologie des lésions congénitales du cœur, par Eger. (*Deutsche med. Woch.*, 4, p. 81.)— Sur la communication accidentelle des deux oreillettes du cœur, par Butin. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Cancer secondaire du cœur, par Pétouraud. (*Lyon méd.*, 25 juin.) — Contribution au diagnostic des tumeurs cardiaques primitives, myxome de l'oreillette gauche, par Berthonson. (*Arch. de méd. expér.*, V, 3.) — Plaie du cœur, mort au 3e jour, par Hayl. (*N. York med. journ.*, 27 mai.) — Le traitement des affections chroniques du cœur à Pyrmont, par Seebohm. (*Deutsche med. Woch.*, 4, p. 85.) — Traitement de la péricardite, par Lees. (*Lancet*, 22 juillet.) — Incision et drainage dans la péricardite purulente, par Sieners. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIII, 1 et 2.)

Conjonctive. — Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse en Orient, par Abadie. (*Bull. méd.*, 19 juillet.) — Étiologie du chalazion, par Parisotti. (11e *Cong. soc. franç. d'opht.*, 1er mai.) — Les traitements chirurgicaux et mécaniques des granulations de la conjonctive, par Trousseau. (*Journ. de méd. Paris*, 18 juin.)

Coqueluche. — Traitement de la coqueluche, par Marfan. (*La Médecine moderne*, 11 mars.) — Du traitement de la coqueluche par les injections rectales d'acide carbonique, par Bergeon. (*Lyon méd.*, 25 juin.)

Cornée. — Démonstration du réseau vasculaire de la cornée, par Burchardt. (*Berl. klin. Woch.*, 7 novembre 1892.) — Sur les taches cornéennes congénitales par R. Hilbert. (*Arch. f. pathol. Anat.* CXXXI, 1.) — Traitement des ulcères et des abcès exulcérés de la cornée par le ràclage et l'irrigation, par de Wecker. (*Ann. d'ocul.*, juillet.)

Corps étranger. — Corps étranger du larynx avec perforation du cartilage thyroïde et formation d'abcès, par Schrötter. (*Monats. f. Ohrenh.*, mai.) — Épingle dans la trachée, par Cardwell. (*N. York med. record*, 10 juin. — Trachéotomie juste au-dessous de l'isthme thyroïde jusqu'à la bifurcation pour l'extirpation d'un corps étranger de la bronche gauche, par Stickler. (*N. York med. record.*, 29 avril.) — Corps étranger dans le nez depuis 27 ans, par Waring. (*Brit. med. j.*, 15 juillet.) — Nouveau procédé d'extraction des corps étrangers, par Dayot. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De l'emploi de l'aimant très fort pour l'extraction de l'œil des corps étrangers en fer, par Haab. (22e *Congrès allem. d'opht. Heidelberg*, 1892.) — Corps étranger ayant séjourné dans un œil depuis 15 ans, névrorétinite dans l'autre œil, par Coppez. (*Soc. franç. d'opht.*, 2 mai.) — De la conduite à tenir dans les cas de lésions oculaires par la présence de corps étrangers, par Valude. (*Gazette des hôpitaux*, 7 janvier.) — Corps étranger de l'oreille, depuis 21 ans, par Pritchard. (*Lancet*, 10 juin.) — Pièce de 5 francs arrêtée à la partie inférieure de l'œsophage, œsophagotomie externe, guérison, par Terrillon. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 182.) — Œsophagotomie externe pour corps étranger, par Segond. (*Ibid.*, p. 188.) — Corps étranger de l'œsophage chez un enfant de 2 ans et demi, extraction par œsophagotomie externe, par Jalaguier. (*Ibid.*, p. 190.) — Corps étranger de l'œsophage extrait par l'œsophagotomie externe. Guérison, par Duffau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 novembre 1892.) — Corps étranger des voies digestives (montre d'argent avalée par un aliéné, issue par les voies naturelles), par Vallon. (*France méd.*, 5, p. 69.) — Thermo-

mètre à maxima ayant traversé le tube digestif, par Toubin. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Migration d'un corps étranger, par Gottheil. (*N. York med. journ.*, 10 juin.) — Compresse de gaze iodoformée ayant séjourné 5 mois dans l'intestin grêle, résection de l'intestin, guérison, par Michaux, rapport de Jalaguier. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 254.) — Corps étranger de l'urètre et de la vessie, par Collet. (*Lyon méd.*, 21 mai.)

Cou. — Des phlegmons ligneux de la région cervicale, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 3 août.)

Crâne. — La circulation cranienne et la pathologie de la céphalée de l'épilepsie et de la dépression mentale, par Haig. (*Brain*, 61 et 62.) — Symptômes orbitaires des fractures de la base du crâne, par Cheboldaeff. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Pronostic et traitement des fractures du crâne, par Cerné. (*Normandie méd.*, 15 mai.) — Sur un cas de fracture complète de la partie gauche du frontal, compliquée de plaie, déchirure des méninges, élimination de matière cérébrale, guérison, par Rantzou. (*Roumanie méd.*, I, 3.) — Cas extraordinaire de fracture extensive du crâne, par Coplin et Schaul. (*Med. News*, 8 juillet.) — Exophtalmos pulsatile de l'œil droit consécutif à une fracture de la base du crâne et traité par la compression directe, amélioration, par Picqué et Despagnet. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 303.) — Deux fractures de la voûte du crâne; étude clinique, par Cousot. (*Bull. acad. de méd. Belgique*, 2, p. 221.) — Fracture comminutive du crâne, perte considérable de la paroi osseuse, guérison, par Lediard. (*Lancet*, 3 juin.) — Fracture du crâne, déchirure du sinus longitudinal supérieur, trépanation, hernie cérébrale, guérison, par Rawdon. (*Lancet*, 22 juillet.) — Fracture et enfoncement du crâne par coup de pied de cheval, extraction d'esquilles, guérison, par Hassler. (*Lyon méd.*, 14 mai.) — Abcès cérébral consécutif à une trépanation pour fracture du crâne, drainage de l'abcès, guérison, par Heaton. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Tumeur sarcomateuse de la base du crâne, par G. Crisafulli. (*La Riforma medica*, 22 février.) — Étude sur les monstruosités du crâne, par Cassoute. (*Marseille médical*, 6, p. 161.) De la résection temporaire du crâne, par Krouchkole. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Greffe hétéroplastique après trépanation du crâne, par Mossé. (*Bull. acad. méd.*, et *Bulletin méd.*, 24 mai.) — Les cas qui doivent être soumis à la craniectomie, par Carter-Gray. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Crâniectomie pour microcéphalie, kyste séreux de la base frontale gauche, amélioration des fonctions cérébrales, par Reboul. (*Arch. prov. de chir.*, II, 6.) — L'ostéoplastie cranienne, par Chipault. (*Gaz. des hôp.*, 22 juillet.) — Un cas de crâniopagie, par Miller. (*Jahrb. f. Kinderh.* XXXV, 4.) — Crâne hydrocéphalique d'un volume anormal, par Bondurant. (*Journ. of nerv. dis.*, mai.)

Criminel. — Recherches d'anthropologie criminelle chez l'enfant, par Maupale. (*Thèse de Paris*, 25 mai.) — Le crime et les criminels à Paris, par Zaborowski. (*Rev. scientif.*, 20 mai.)

Cristallin. — Des modifications que subissent sous l'influence de l'âge l'indice et les rayons de courbure du cristallin, par Bertin-Sans. (*Soc. de biol.*, 27 mai.) — Sur l'existence d'un astigmatisme cristallinien accommodatif, par Guilloz. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Pathogénie des cataractes, par Frenkel. (*Lyon méd.*, 9 juillet.) — Cataracte noire, par Gillet de Grandmont. (*Soc. d'opht. Paris*, 11 avril.) — L'opération des cataractes congénitales, par Panas. (*Progrès médical*, 18 février.) — Dix

ans de pratique d'opérations de cataracte, par Fergus. (*Brit. med. j.*, 13 mai.) — La deuxième méthode de Daviel pour extraire la cataracte, par Dujardin. (*Journ. sc. méd. Lille*, 9 juin.) — L'abandon de l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte dure, par Pridgin Teale. (*Brit. med. j.*, 17 juin.) — Les moyens de prévenir le prolapsus de l'iris dans l'extraction simple de la cataracte, par Parinaud. (*Soc. d'opht. Paris*, 11 avril.) — Innovations malheureuses dans l'opération de la cataracte, par Boé. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*)

Cysticerque. — Cysticerque sous-rétinien à triple poche, par Schöbl. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilh.*, avril.)

D

Dent. — Un cas mortel d'empoisonnement du sang par l'extraction d'une dent molaire, par J. Burgess. (*Dublin journ. of med. sc.*, mai.) — Sur l'opportunité de l'extraction de la dent de six ans, par Marchandé. (*Rev. gén. de clin.*, 10, p. 151.)

Désinfection. — La désinfection en France (il n'existe que 272 étuves), par Martin. (*Rev. d'hyg.*, XIV, p. 447.) — La désinfection des locaux, par Chamberland et Fernbach. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 6.) — Improvisation facile d'une étuve de Coulier, par Strœbel. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — La désinfection sanitaire, par J. Rochard. (*Union médicale*, 27 avril.)

Diabète. — Sur la pathogénie du diabète sucré, par de Dominicis. (*Soc. de biol.*, 27 mai.) — Des échanges gazeux et de la calorimétrie chez les chiens rendus glycosuriques à l'aide de la phoridzine, par Ouchinsky. (*Arch. de méd. exp.*, V, 4.) — Sur la pathogénie du diabète, nouvelles recherches et critique des hypothèses émises à ce propos, par de Dominicis. (*Ibid.*, V, 4.) — Sur la pathogénie du diabète, rôle de la dépense et de la production de la glycose dans les déviations de la fonction glycémique, par Chauveau et Kaufmann. (*Soc. de biol.*, 18 fév.) — Des diabètes glycosuriques, par Lamy. (*Gaz. hebd. Paris*, 6, p. 67.) — De la glycosurie alimentaire, par Bloch. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 4 et 5.) — Diabète et chirurgie, par Smith et Durham. (*Guy's hosp. Rep.*, XXXIV, p. 335.) — Le diabète et la goutte, leurs rapports avec les affections du foie, leur traitement, par Harley. (*Brit. med. j.*, 27 mai.) — De l'albuminurie dans le diabète, par Sallis. (*Thèse de Lyon.*) — Albuminurie et diabète, par Teissier. (*Lyon méd.*, 18 juin.) — Cas de diabète intense chez un paludique, par Deroye et Gallois. (*Bourgogne méd.*, avril.) — Sur le diabète du premier âge, un cas de coma diabétique chez un enfant de 18 mois, par Duflocq et Dauchez. (*Rev. de méd.*, juin.) — Diabète traité par l'ingestion de pancréas, par Wills. (*Brit. med. j.*, 17 juin.)

Digestion. — La digestion et les ferments digestifs, par Huntel. (*New York med. record*, p. 138, 4 fév.) — Lois de l'évolution de la digestion, leur interprétation, par Winter. (*Acad. des sc.*, 17 juillet.) — Comment se comporte le phosphore dans la digestion de la caséine, par E. Salkowski. (*Centralbl. für med. Wissensch.*, 10 juin.) — De l'influence du chloroforme

sur la digestion pepsique, par A. Bartels. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXX, 3.)

Diphtérie. — Recherches sur la nature des poisons de la diphtérie et du choléra, par Ouchinsky. (*Arch. de méd. expér.*, V, 3.) — Immunité contre la diphtérie conférée à des lapins par injection de sérum de chiens rendus réfractaires à la même maladie, par H. Aronson. (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 janvier.) — Diagnostic bactériologique de la diphtérie, par Tézenas. (*Lyon méd.*, 4 juin.) — Lyon et le bacille de Lœffler, le pseudo-bacille, par Rabot. (*Lyon méd.*, 18 juin.) — Sur un mode d'infection septique par le streptocoque dans la diphtérie, par Barbier. (*Soc. de biol.*, 24 juin.) — Diphtérie, par Crawford. (*N. York med. journ.*, 22 juillet.) — Diagnostic de l'angine diphtérique, par Marfan. (*Bull. méd.*, 23 mai.) — Les paralysies diphtéritiques, par Glorieux. (*La policl. Bruxelles*, 15 mai.) — Hémiplégie consécutive à la diphtérie, par Seifert. (*Neurolog. Centralbl.*, 15 fév.) — Des altérations du système nerveux par le virus de la diphtérie, des paralysies diphtéritiques, par Stcherbak. (*Vratch*, 6 mai.) — Examen des gaz d'égouts provenant de maison présentant des cas de diphtérie, par Fisher. (*New York med. record*, p. 97, 28 janv.) — Prophylaxie et traitement de la diphtérie, par Robinson. (*N. York med. journ.*, 5 août.) — Ozone dans le traitement de la diphtérie, par Haynes. (*N. York med. journ.*, 15 juillet.) — Euchlorine dans la diphtérie, par Ellis. (*Brit. med. j.*, 13 mai.) — Les irrigations laryngo-trachéales dans le traitement du croup, par Guelpa. (*Soc. de thérap.*, 12 juillet.) — Du tubage dans la diphtérie laryngée, par Schweiger. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVI, 3.) — Tubage et trachéotomie dans le croup, par Lepore. (*Arch. ital. di laring.*, XIII, 3.) — Du traitement de la diphtérie, par Damieno. (*Ibid.*) — Trachéotomie opposée au tubage chez les enfants d'un certain âge atteints de croup, par Ricci. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XI, 5.)

Dysenterie. — Dysenterie et abcès du foie, par Kartulis. (*Bull. méd.*, 18 juin.) — Ulcérations intestinales d'origine dysentérique, par Marie. (*Soc. anat. Paris*, 3 février.) — Le tannin et l'acide borique dans la dysenterie, par E. Liebersohn. (*Vratch*, n° 38, 1892.)

E

Eau. — La conservation de l'eau de source, par L'Hote. (*Ann. d'hyg.*, XXVIII, 410.) — Épuration des eaux destinées aux usages domestiques, par J. Rochard. (*Union médicale*, 2 mars.) — Considérations sur l'état sanitaire de Paris et l'eau distribuée, par Livache. (*Rev. d'hyg.*, XIV, p. 845.) — De la filtration de l'eau au point de vue de la prophylaxie du choléra, par Koch. (*Semaine méd.*, 21 juin.) — Expériences sur les appareils au gaz pour stériliser l'eau par la chaleur, par Voller. (*Deutsche Bauztg.*, 1892, et *Hyg. Rundsch.*, III, n° 2, p. 75.) — Les effets de la privation de l'eau chez les animaux, par B. Pernice et G. Scagliosi. (*La Riforma medica*, 16 février.)

Eaux minérales. — Recherches bactériologiques dans les eaux minérales artificielles, par Slater. (*Journ. of path. and bact.*, I, 4.) — Du humage à

Luchon dans le traitement des affections des voies respiratoires, par Le Juge de Segrais. (*Journ. de méd. Paris,* 23 juillet.) — Sur quelques effets pathologiques des eaux de Bourbonne, en particulier sur une variété de fièvre thermale, accompagnée d'hypoglobulie survenant à la fin de cures prolongées, par Choux. (*Ann. Soc. d'hydrol.,* XXXVIII.) — Remarques sur l'action des bains de Royat dans quelques troubles et affections cardiaques, par Laussedat. (Broch., *Paris.*) — Action de la douche-massage d'Aix-les-Bains sur la nutrition, sa valeur, ses indications, par Forestier. (*Lyon méd.*, 20 août.)

Éclampsie. — L'éclampsie puerpérale, expérience des huit dernières années à l'hôpital de Boston, par Green. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Quelques cas d'éclampsie dans l'albuminurie prémonitoire, par Duchemin. (*Thèse de Paris,* 13 juillet.) — Trois cas d'éclampsie puerpérale, deux chez deux sœurs, par Stewart. (*Lancet*, 8 juillet.) — Cas d'éclampsie puerpérale, par Martin. (*Edinb. med. j.,* juin.) — Cas grave d'éclampsie puerpérale, par Young. (*Lancet*, 27 mai.)—Le traitement de l'éclampsie, par F. Labadie-Lagrave et E. Ricklin. (*Revue intern. de thér.*, 15 mars.) — Pathologie et traitement de l'éclampsie puerpérale, par Manby. (*Guy's hosp. Rep.*, XXXIV, p. 42.) — Une obs. à propos de la discussion sur l'administration du chloroforme aux albuminuriques, par Poitou-Duplessy. (*Journ. de méd. Paris,* 16 juillet.) — Éclampsie puerpérale grave avec anurie traitée par la saignée et le gavage avec du lait, diurèse rapidement abondante, guérison, par Maygrier. (*Ibid.*, 16 juillet.) — Des symptômes prodromiques de l'éclampsie et de leur traitement par le régime lacté, par Balley. (*Thèse de Paris*, 29 juin.) — Traitement de l'éclampsie puerpérale, par Davis. (*Med. News,* 13 mai.) — Traitement de l'éclampsie puerpérale en particulier par les injections d'eau salée, par Bernheim. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — Provocation du travail par des injections intra-utérines de glycérine dans un cas d'éclampsie, par Russell Simpson. (*Edinb. med. j.,* avril.)

Eczéma. — Histologie d'une phase de l'eczéma séborréique, par Elliot. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — Eczéma séborréique, par Philippson. (*Ann. de dermat.*, IV, 6.) — Diagnostic et traitement de l'eczéma séborréique, par Bulkley. (*Journal americ. med. Ass.*, 13 mai.) — Eczéma réflexe chez les enfants, par J. Dyer. (*New York med. record*, p. 69, 21 janv.) — Eczéma névrotique, par Barham. (*Med. News*, 25 mars.)—Eczéma chronique avec symptômes nerveux, hystéro-psychopathie, par Forbes. (*Lancet*, 15 juillet.) — De l'eczéma et de son traitement par l'huile de zinc, par R. Drews. (*Wiener med. Wochenschr.*, 51, 1892.) — Traitement de l'eczéma par l'enveloppement dans la toile de caoutchouc, par Cousin. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — Le gallanol, son emploi dans le traitement de l'eczéma et du psoriasis, par Gonnon. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement externe de l'eczéma vésiculeux aigu, par Duhring. (*Journal americ. med. Ass.*, 18 mars.)

Electricité. — Cours de physique médicale, électricité, par Bergonié. (In-4° 177 p., *Bordeaux.*) — Électricité et microbes, action des courants induits de haute fréquence sur le bacille pyocyanique, par d'Arsonval et Charrin. (*Soc. de biol.*, 6 mai.) — Courants alternatifs de haute tension produits à l'aide des machines électrostatiques, par Leduc. (*Ibid.*, 8 juillet.) — Sur la mesure des champs magnétiques à haute fréquence, par d'Arsonval. (*Ibid.*, 6 mai.) — Effets physiologiques des courants de haute tension, par Lewis Jones. (*Brit. med. j.*, 24 juin.)—La résistance du corps humain, par Weiss. (*Soc. de biol.*, 10 juin.) — Démonstration expérimentale du siège

de la résistance électrique du corps humain et des causes qui la font varier, par Danion. (*Ibid.*, 17 juin.) — Résistances métalliques pour la mesure des résistances électriques du corps humain et des liquides organiques, par Mergier. (*Ibid.*, 13 mai.) — L'excitation faradique unipolaire, son action sur les nerfs moteurs, par Charpentier. (*Ibid.*, 20 mai.) — Conduction des excitations faradiques unipolaires par le nerf et par les tissus, par Charpentier. (*Ibid.*, 10 juin.) — Nouveaux faits relatifs à l'excitation faradique unipolaire, par Charpentier. (*Ibid.*, 17 juin.) — D'une nouvelle méthode d'examen électro-diagnostique, par Hoorweg. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LI, p. 193.) — Les courants électriques peuvent-ils transporter les solutions chimiques et les médicaments dissous dans les membranes animales et les tissus, par Th. Clemens. (*Therap. Monatshefte*, juillet.) — La faradisation thérapeutique des nerfs vaso-moteurs et du nerf pneumogastrique, par Katicheff. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, n° 6, p. 368, 1892, et n° 1, p. 49, 1893.) — Sur certains effets physiologiques de la faradisation unipolaire, par Charpentier. (*Acad. des sc.*, 3 juillet.) — Topographie des points moteurs utiles en électro-diagnostic, par Régnier. (*Thèse de Bordeaux.*) — Quand et comment faut-il employer l'électricité statique? par Courtade. (*Rev. gén. de clin.*, 21, p. 325.) — L'électricité dans le traitement des maladies infectieuses et principalement de la phtisie pulmonaire, par E. de Renzi. (*La Riforma medica*, 13 avril; *Riv. clin. e terap.*, 3, p. 113, et *Morgagni*, mars.) — Incontinence essentielle d'urine, guérison rapide par l'électricité, par Lioras. (*Ann. polycl. Bordeaux*, 1er mars.) — Sur la méthode électro-thérapeutique d'Apostoli, par Raab. (*Wiener med. Presse*, 26 mars.) — De l'électricité en gynécologie, par Hahn. (*Journal americ. med. Ass.*, 25 mars.) — Valeur de l'électricité galvanique dans le rectum, par Shoemaker. (*N. York med. journ.*, 27 mai.) — Éclairage électrique de la bouche, par Stevenson. (*Med. Presse and Circular*, fév.)

Éléphantiasis. — Un cas d'éléphantiasis congénital, par Archambault. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 avril.) — Éléphantiasis nostras, par Fournier et Mendel. (*Soc franç. de dermat.*, 8 juin.) — Éléphantiasis de la face, par Pollosson. (*Lyon med.*, 23 juillet.) — Sur l'éléphantiasis syphilitique des lèvres, par Eichhorst. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXI, 3.)

Embryologie. — Sur la fragmentation parthénogénésique des ovules des vertébrés pendant l'atrésie des follicules de Graaf, par Henneguy. (*Soc. de biol.*, 13 mai.) — Sur l'influence des vapeurs mercurielles sur le développement de l'embryon, par Dareste. (*Ibid.*, 1er juillet.) — Centrosome et Dotterken, par Balbiani. (*Journ. de l'anat.*, XXIX, 2.)

Emphysème. — L'emphysème du médiastin, par Galliard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 mars.) — Emphysème sous-cutané abdominal, par Ferrand. (*Ibid.*, 24 mars.)

Empoisonnement. — Aconit et aconitines, toxicologie, par Vidal. (*Thèse de Lyon.*) — Empoisonnement par l'aconit, par Smith. (*Brit. med. j.*, 27 mai.) — Empoisonnement par l'aconit, par Hardman. (*Ibid.*, 24 juin.) — Empoisonnement par l'opium et la belladone, bons effets de la pilocarpine, par Campbell. (*Ibid.*, 1er juillet.) — Deux cas mortels d'empoisonnement par la strychnine, par Pilkington. (*Lancet*, 24 juin.) — Deux cas d'empoisonnement par les semences de jusquiame, par Awerbuch. (*Vratch*, 27 mai.) — Empoisonnement par le primula obconica, par Pooley. (*Lancet*, 22 juillet.) — Un cas d'empoisonnement par la cannabine, par Windscheid.

(*Wiener med. Presse*, 21 mai.) — Le permanganate de potasse comme antidote de quelques poisons organiques (strychnine, colchique, etc.), par ANTAL. (*Pester med. chir. Presse*, 7.) — Empoisonnement par l'huile de cèdre, par BROWN. (*Med. News*, 1er juillet.) — Intoxication par la vapeur de charbon ayant donné lieu, comme unique symptôme, à un délire de cinq jours, par RUATA. (*Gazz. med. di Torino*, n° 24, 1892.) — De l'habitude de la paralhéhyde, par ELKINS. (*Edinb. med. journ.*, juillet.) — Empoisonnement par le chloralose, par LANG. (*Brit. med. j.*, 29 juillet.) — Trachéotomie pour un empoisonnement par le lysol, par RAEDE. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVI, 5 et 6.) — Absorption d'une cuillerée à café de nitrite d'amyle, guérison, par SHOEMAKER. (*Med. News*, 20 mai.) — De l'intoxication par le sublimé, par DELAUNAY. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Deux cas d'empoisonnement par l'ingestion de diachylon pour provoquer l'avortement, par POPE. (*Brit. med. j.*, 1er juillet.) — Des troubles génitaux provoqués par l'usage prolongé des préparations arsénicales, par VIALOLLE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur un cas d'intoxication arsénicale, par CATHELINEAU. (*Soc. franç. de dermat.*, 6 avril.) — Répartition de l'arsenic dans le corps d'un animal intoxiqué par cet agent, par BAILLY. (*Med. News*, 19 août.) — De l'empoisonnement par l'arsenic, ses origines domestiques, par SHATTUCK. (*Med. News*, 3 juin.) — Empoisonnement par la chair de grenouilles infectées par des insectes du genre mylabris de la famille des méloïdes, par MEYNIER. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.)

Enfant. — Les idées françaises sur quelques maladies des enfants, par MORRILL. (*Boston med. journal*, 27 avril.) — Rapport sur la polyclinique universitaire pour les maladies infantiles au Reisingerianum, pour 1892, par SEITZ. (*Münch. med. Woch.*, 9, p. 176.) — Aperçu des maladies des enfants constatées pendant la saison d'été de 1892 à Constantinople, par ZAVITZIONO. (Broch., *Constantinople.*) — Étude sur les maladies des nouveau-nés, par EROSS. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXV, 4.) — Des meilleures conditions d'alimentation des enfants du premier âge en dehors de l'allaitement au sein, par SAINT-YVES MÉNARD. (*Arch. de tocol.*, mai.) — Diététique des enfants, par UNGER. (*Wiener med. Presse*, 16 avril.) — Sur les dangers de la suralimentation chez les enfants, par BELLOT. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Élevage dans le son, par F. HUE. (*La Médecine moderne*, 20 mai.) — De la faiblesse congénitale, de son traitement, par OLIVET. (*Thèse de Montpellier.*) — Traitement de la mort apparente des nouveau-nés, par Mme SCHEER. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Tubercule du cervelet chez un enfant de huit ans, par d'ASTROS. (*Marseille médical*, 6, p. 159 et 174.) — Paralysie spinale survenue à la suite d'une varicelle et d'une otite moyenne suppurée chez un enfant de 9 mois atteint de dyspepsie gastro-intestinale chronique et de tuberculose, par MARFAN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 mars.) — Amyotrophie chez un enfant, pouvant être rattachée à la lèpre, par SEVESTRE et MÉRY. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 février.) — De l'hystérie chez l'enfant, par KAMIENSKI. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVI, 3.) — Paralysies multiples chez un enfant de 15 ans. Troubles trophiques, mort, par DELABROUSSE. (*Normandie méd.*, 1er juin.) — Sur le rythme respiratoire dans les maladies de l'enfant, par PORTE. (*Thèse de Lyon.*) — Pleurésie séro-fibrineuse chez un enfant, par COYNE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 28 mai.) — Pneumonie croupale chez l'enfant, par HAWKINS. (*Practitioner*, juin-juillet.) — Association de la tuberculose et de la syphilis chez un jeune enfant, par ISAAC. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 octobre 1892.) — Les signes des maladies du cœur chez les enfants, par L'HUILLIER. (Broch., *Nancy.*) — Péricardite tuberculeuse à épanchement hémorragique considérable (800 grammes) chez une enfant de 11 ans morte de tuberculose aiguë généralisée, par

SERGENT. (*Soc. anat. Paris,* 26 mai.) — Lavage de l'estomac chez l'enfant, par TULEY. (*Med. News*, 1er juillet.) — La diarrhée estivale des enfants, par CAHILL. (*Med. News*, 17 juin.) — Traitement de la diarrhée infantile, par COMBY. (*Gaz. des hôp.*, 17 juin.) — Hémorragie gastro-intestinale mortelle chez un enfant, par PRYN. (*Brit. med. j.*, 3 juin.) — Néphrite aiguë chez un nouveau-né, par FREES. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVI, 2.) — De l'éclampsie chez les enfants, par J. SIMON. (*La Médecine moderne*, 26 avril.) — Des infections ombilicales chez le nouveau-né, par COBILOVICI. (*Thèse de Paris,* 12 juillet.) — De l'hépatite interstitielle chronique chez l'enfant, par LAURENT. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Des complications cardiaques de la fièvre typhoïde chez l'enfant, par POUILLOT. (*Thèse de Paris,* 13 juillet.) — Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants par l'antisepsie intestinale et le sulfate de quinine, par DUNOYER. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De l'œdème des nouveau-nés, par SEMET. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Tuberculose du péritoine, de l'utérus et de ses dépendances chez un enfant, par BRODIE. (*Glasgow med. journ.*, décembre.) — Gangrène symétrique des extrémités chez une petite fille de 15 mois, par MENDEL. (*Soc. franç. de dermat.*, 18 mai.) — La chirurgie des voies aériennes et du thorax chez l'enfant, par PITTS. (*Brit. med. j.*, 15 juillet.) — Traitement chirurgical de l'enfoncement du crâne chez un nouveau-né, par SMITH. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — Ovariotomie chez les petites filles, par VINCENT. (*Lyon méd.*, 4 juin.) — Tumeur fibreuse de la paroi abdominale chez l'enfant, par TEMOIN. (*7e Congr. franç. chir., Mercredi méd.*, 19 avril.) — Invagination aiguë chez un enfant de 8 mois, par LOCKWOOD. (*Lancet*, 3 juin.) — De la hernie inguinale avec ectopie testiculaire chez l'enfant, par POULAINE. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — De la cure opératoire des hernies inguinales congénitales chez l'enfant, par CHICHKOFF. (*Thèse de Montpellier.*) — Des adhérences préputiales chez l'enfant, par COOKE. (*Med. News,* 8 juillet.) — Sur un cas de lithotritie rapide chez un enfant, par CALLIONZIS. (*Ann. mal. organ. gén. urin.*, juin.) — Litholalapaxie chez l'enfant, par KEEGAN. (*Lancet*, 27 mai.) — Cancer (épithéliome glandulaire) du testicule gauche chez un enfant de 5 ans, par AUGER. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Traitement chirurgical de la tuberculose du pied chez l'enfant, par ISBECQUE. (*Thèse de Lille.*) — La fracture du col du fémur chez l'enfant, par R. WHITMAN. (*N. York med. record*, 25 fév.)

Epilepsie. — Sur l'anatomie et la pathogénie de l'épilepsie, par HOLM. (*Nordiskt med. Arkiv.*, XXV, 15.) — Sur 160 cas d'épilepsie, par WEBBER. (*Boston med. journal*, 18 mai.) — De l'épilepsie; sa nature et son traitement, par NOTHNAGEL. (*Wiener med. Presse*, 23 avril.) — Anatomie pathologique de l'épilepsie, par WYNNE. (*Lancet*, 19 août.) — Sur l'aura de l'accès épileptique, par JOHN O'CONNOR. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Sur l'épilepsie et le bromisme chez les oiseaux, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 10 juin.) — Un cas d'épilepsie en foyers, par HALE WHITE. (*Brit. med. j.*, 29 juillet.) — Un épileptique calculateur, par PAUTTI. (*La Riforma medica*, 15 mai.) — Sur un cas d'automatisme ambulatoire épileptique, par C. FERRANNINI. (*La Riforma medica*, 25 mars.) — Les intervalles épileptiques, valeur pour le traitement, par BROWNING. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet-août.) — Sur la contracture post-épileptique, par SALOMONE-MARINO. (*Il Morgagni*, janvier, p. 23.) — L'épilepsie traumatique, deux cas avec examen microscopique, par IRA VAN GIESON. (*New York med. record*, p. 513, 29 avril.) — Épilepsie et fièvre typhoïde, par LANNOIS. (*Rev. de méd.*, juin.) — Des rapports de l'œil avec l'épilepsie, par MARTIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 mars.) — Injections de nitroglycérine pour les paroxysmes épileptiques, par BATES. (*N. York med. j.*, 29 juillet.) — De l'emploi du

bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie vertigineuse, par Bourneville. (*Progrès médical*, 6 mai.) — Épilepsie guérie par la cure d'une contraction palmaire et la circoncision, par Miller. (*Edinb. med. j.*, juillet.) — Épilepsie focale, trépanation, stimulation électrique, ablation du foyer, amélioration, par Parker et Gotch. (*Brit. med. j.*, 27 mai.) — Trépanation pour épilepsie jacksonienne, par Malherbe. (7e *Congr. franç. chir. Mercredi méd.*, 19 avril.) — Épilepsie jacksonienne traumatique : trépanation, guérison, par Djemil-Bey. (*Ibid.*, 16 avril.) — Épilepsie guérie par la trépanation, par Thiriar. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 mai.) — Épilepsie et trépanation, par Thiriar. (*Rev. gén. de clin.*, 21, p. 323.)

Epithélioma. — Épithélioma multiple, par Phillips. (*N. York med. journ.*, 10 juin.) — De l'action de l'acide picrique dans la thérapeutique des épithéliomas, par Moreau. (*Soc. de biol.*, 10 juin.)

Erysipèle. — De l'érysipèle atténué primitif, par Juhel-Renoy et Bolognesi. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — De l'érysipèle des nouveau-nés, par Lemaire. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Traitement de l'érysipèle de la face, par Juhel-Rénoy. (*Rev. gén. de clin.*, 19, p. 289.) — Traitement des érysipèles typhoïdes, par Juhel-Rénoy. (*Ibid.*, 21, p. 321.) — Du traitement de l'érysipèle, par Kolaczek. (*Cent. f. Chir.*, 15 juillet.)

Erythème. — De l'érythème noueux secondaire, par Joullie. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — Anatomie de l'érythème multiforme et du purpura, par Finger. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 5.) — Un cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif, par Török. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 4.) — Érythème scarlatiniforme desquamatif prolongé avec chute incomplète des phanères pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Mort. Tuberculose pulmonaire peu avancée. Abcès du poumon. Ulcérations intestinales typhiques imparfaitement cicatrisées 102 jours après la fièvre typhoïde. Coli-bacilles dans les squames du thorax, par Legendre. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 mars.) — Des déterminations bucco-pharyngées dans l'érythème polymorphe, par Mendel. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Les érythèmes scarlatinoïdes, par Fiessinger. (*Semaide méd.*, 8 juillet.) — D'un érythème symptomatique d'une infection secondaire, cas particulier au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant, par Calton. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.)

Estomac. — Des fonctions de l'estomac, par V. Mering. (*Thérap. Monats.*, mai.) — Anacidité gastrique, par Jones. (*N. York med. journ.*, 27 mai.) — Du suc gastrique et de la putréfaction intestinale, par Meister, (*Inaug. diss. Breslau.*) — Sur la sécrétion pylorique du chien, par Contejean. (*Soc. de biol.*, 10 juin.) — Sur un cas de dyspepsie avec chimisme variable, par Linossier et Lemoine. (*Rev. de méd.*, mai.) — Revue des méthodes d'estimation de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, par Friedenwald. (*N. York med. journ.*, 27 mai.) — Comment se comporte la caséine pendant la digestion gastrique et sur la saponification des graisses, par Salkowski. (*Centralblatt. für med. Wissensch.*, 15 juillet.) — Contribution à l'étude de la manière dont l'acide chlorhydrique se comporte vis-à-vis des albuminoïdes dans ses rapports avec l'examen chimique du suc gastrique, par L. Sansoni. (*La Riforma medica*, 4 mars.) — Sur l'inexactitude de la méthode chlorométrique de Winter pour l'examen du contenu gastrique, par L. Sansoni. (*Ibid.*, 5 avril.) — Lois de l'évolution des fonctions digestives, par Winter. (*Acad. des sc.*, 3 juillet.) — Obs. critiques sur le chimisme gastrique, par Winter. (*Bull. méd.*, 26 juillet.) — Résultats pratiques de l'examen chimique du contenu de l'estomac sain, par Gillespie. (*Edinb.*

med. journ., juillet.) — Étude du chimisme stomacal, par Houel. (*Thèse de Montpellier.*) — Recherches sur le processus de peptonisation dans l'estomac, par Mathieu et Hallopeau. (*Arch. de méd. expér.*, V, 3.) — De l'action des alcalins sur le digestion gastrique chez l'homme, par Linossier et Lemoine. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — De l'action du bicarbonate de soude sur le chimisme stomacal, par Gilbert. (*Soc. de biol.*, 22 juillet.) — De la non-absorption de l'eau par l'estomac, par Gley et Rondeau. (*Soc. de biol.*, 13 mai.) — Traité des maladies de l'estomac, par Debove et Rémond. (In-8°, 430 p., Paris.) — La palpation de l'estomac, par Bouveret. (*Revue gén. de clin.*, 20 p. 307.) — De l'auto-intoxication dans les affections chroniques de l'estomac et de l'intestin, par Katz. (*Wiener med. Presse*, 9 juillet.) — Valeur pratique des nouvelles méthodes d'examen dans les maladies de l'estomac, par Elsner. (*N. York med. journ.*, 6 mai.) La dyspepsie par hyperacidité, par Wolff. (*Med. News.*, 27 mai.) — Diagnostic de l'hypersécrétion avec hyperchlorhydrie à la période avancée de la maladie, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 22 juin.) — De l'estomac en sablier, par Schmid-Monnard. (*Münch. med. Woch.*, 19, p. 358.) — Deux observations d'accidents cérébraux très graves symptomatiques d'une indigestion chez les jeunes gens, par Cortial. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Crises gastriques, par Leclezio. (*Thèse de Paris*, 1er juin.) — Ulcère rond de l'estomac avec ictère, par Combemale. (*Bull. méd. du Nord*, 5, p. 101.) — Deux obs. d'ulcère simple à symptômes anormaux, par Vermorel. (*Gaz. des hôp.*, 27 juin.) — Pathologie de l'ulcère perforant de l'estomac chez les adolescents, par Fenwick. (*Journ. of path. and bacter.*, I, 4.) — Sur l'hypertrophie produisant la sténose du pylore, par Al. Tilger. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXII, 2.) — Cancer du pylore, perforation de l'estomac, par Meunier. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 263.) — Cancer de l'estomac au début, avec cancer des lymphatiques pulmonaires, par Wirchow. (*Berlin. klin. Wochens.* p. 122, 30 janvier.) — Cancer de l'estomac, noyaux hépatiques, propagation probable au cœur, par Pauly. (*Lyon méd.*, 7 mai.) — Traitement des affections de l'estomac et du duodenum, par Loche. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Expériences sur l'électrisation directe de l'estomac, par Einhorn. (*N. York med. journ.*, 8 juillet.) — Le lavage de l'estomac, par Godard. (*La policl. Bruxelles*, 1er juin.) — Traitement de l'ulcère stomacal avec perforation, drainage, par Barling. (*Brit. med. j.*, 17 juin.) — Traitement de l'hyperchlorhydrie, par Soupault. (*Gaz. des hôp.*, 3 juin.) — Les dyspepsies et leur traitement ; revue critique, par Coutaret. (*Bulletin génér. de thérap.*, 30 janvier.) — De la perforation de l'estomac, par Brayer. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.) — La gastrostomie en France et ses résultats, par Trognon. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Pyloroplastie pour rétrécissement non cancéreux du pylore, par Pearce Gould. (*Lancet*, 20 mai.) — Résection des parois antérieures de l'estomac et de l'abdomen pour carcinome, par E. Cesaroni. (*La Riforma medica*, 23 mai.) — Pylorectomie, par Pollosson. (*Lyon méd.*, 18 juin.) — Résection d'un estomac cancéreux, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, 1er mars.) — Chirurgie et cancer de l'estomac ; du manuel opératoire de la gastro-entérostomie, par Villar. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er mars.) — Extirpation du cancer du pylore, par Defontaine. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 14 juin.) — Gastro-entérostomie, modification de l'opération de Senn, par Paul. (*Lancet*, 15 juillet.) — Gastro-entérostomie pour cancer, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 1er août.) — La gastro-entérostomie, par Gross. (*Semaine méd.*, 23 août.) — 2 cas de gastro-jéjunostomie, par Moullin. (*Lancet*, 19 août.)

F

Face. — Hypertrophie unilatérale de la face, par MONTGOMERY. (*Med. News*, 15 juillet.) — Lupus ou cancroïde de la face, par COLLET. (*Lyon méd.*, 14 mai.)

Ferment. — Inulose et fermentation alcoolique indirecte de l'inuline, par BOURQUELOT. (*Soc. de biol.*, 6 mai.) — Présence dans le penicillum glaucum d'un ferment agissant comme l'émulsine, par GÉRARD. (*Ibid.*, 17 juin.) — Sur les ferments solubles sécrétés par l'aspergillus niger et le penicillium glaucum, par BOURQUELOT. (*Ibid.*, 17 juin.)

Fièvre. — Physiologie de la fièvre, par STEVENS. (*Lancet*, 26 août.) — Remarques sur certaines causes de la fièvre, par BOUCHARD. (*Assoc. franc.; Cong. de Besançon.*) — Sur les intercurrences morbides dans la fièvre à sulfate de quinine, par TREILLE. (*Acad. des sc.*, 19 juin.) — La fièvre climatique de Massoua, par PATELLA. (*Arch. de méd. nav.*, juillet.)

Fièvre jaune. — Du mode de transmission de la fièvre jaune, par LE DANTEC. (*Bull. méd.*, 28 juin.) — Conférence sur la transmission de la fièvre jaune, par ABERG. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXV, 8.) — Rapport sur l'épidémie de fièvre jaune au Soudan, par PRIMET. (*Arch. de méd. nav.*, mai.)

Fistule. — Fistule congénitale du cou, par SCHLANGE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Fistule uretéro-vaginale guérie par l'abouchement de l'uretère dans le colon iliaque, par CHAPUT. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 309.) Réparation d'une fistule vésico-vaginale par la laparotomie, procédé de Dittel, par CHAPUT. (*Journ. de méd. de Paris*, 16 juillet.)

Foie. — Sur les rapports de l'artère hépatique chez l'homme et quelques mammifères, par RETTERER. (*Journ. de l'anat.*, XXIX, 2.) — De l'action autitoxique et excrémentitielle du foie, par FIÉVET. (*Thèse de Lille.*) — Le rôle probable du foie dans la genèse des chyluries et des lipuries expérimentales, par CHABRIÉ ET DISSARD. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Destruction expérimentale des cellules hépatiques, par PILLIET. (*Soc. de biol.*, 13 mai.) — Contribution à la pathologie des formations kystiques du foie chez le nouveau-né, par H.-D. ROLLESTON et A. KANTHACK. (*Archiv f. patholog. Anat.*, CXXX, 3.) — Un cas de cirrhose mixte, cirrhose limitée aux espaces portes, lésions artérielles prédominantes, par DURANTE. (*Soc. anat. Paris*, 28 avril.) — Variations de quelques principes de l'urine dans la cirrhose hépatique en rapport avec l'alimentation, par G. AIELLO et A. SOLARO. (*Il Morgagni*, janvier.) — Sur un cas de maladie de Hanot ou cirrhose hypertrophique du foie avec ictère chronique, par KIENER (*Semaine méd.*, 19 juill.) — Sur la curabilité de la cirrhose du foie, par O. GUERCIA. (*Il Progresso med.*, 15 mars.) — Traitement de l'ascite dans la cirrhose et la syphilis du foie par la crème de tartre à hautes doses, par SASAKI. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 nov. 1892.) — Étude bactériologique de l'ictère grave, par VINCENT. (*Soc. de biol.*, 6 mai.) — Sur un microbe nouveau de l'ictère grave, par RANGLARET et MAHEU. (*Ibid.*, 8 juillet.) — Lésions hépatiques d'origine infectieuse, par ROGER. (*Ibid.*, 1er juillet.) — Sur les alté-

rations cellulaires du foie infectieux, par Hanot. (*Ibid.*, 17 juin.) — Sur les néo-canalicules biliaires dans le foie infectieux, par Hanot et Gastou. (*Ibid.*, 15 juillet.) — Note sur l'ictère grave hypothermique, par Hanot. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 31 mars.) — Considérations générales sur l'ictère grave, par Hanot. (*Semaine méd.*, 5 août.) — Un cas d'ictère infectieux à rechute, par Soupault. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Ictères toxiques liés à des maladies infectieuses, par Rendu. (*Bull. méd.*, 28 mai). — Hépatite diffuse tuberculeuse avec péricardite tuberculeuse, par Mac Phedran. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Traitement de la péricystite calculeuse du foie, par Guinard. (*Journ. de méd. Paris*, 9 juill.) — Pathogénie des abcès du foie, par Zancarol. (*Rev. de chir.*, août.) — Périhépatite suppurée et abcès du foie, par Arnaud. (*Marseille méd.*, 8, p. 217.) — Diagnostic et traitement des abcès du foie, par Fontan. (*Bull. méd.*, 16 juillet.) — Notes bactériologiques sur un cas d'abcès tropical du foie par Macfadyen. (*Brit. med. Journ.*, 15 juillet.) — Abcès du foie, étiologie palustre à éléments combinés, opération, guérison, par Collin. (*Gaz. des hôp.*, 29 août.) — Traitement chirurgical des abcès du foie, par Flandrin. (*Thèse de Lyon.*) — Tout abcès du foie ouvert dans la poitrine doit être traité par l'incision large des parois thoraciques, par Ferron. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 avril.) — De la chirurgie du foie, par Bergmann. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Kyste multiloculaire du foie, par Cassoute. (*Marseille méd.*, 8; p. 226.) — Épithélioma primitif du foie accompagné d'adénome, d'hyperplasie diffuse et de cirrhose, par Collinet. (*Soc. anat. de Paris*, 14 avril.) — Cancer primitif nodulaire du foie (épithéliome alvéolaire à petites cellules polyédriques), par Brunelle. (*Bull. méd. du Nord*, 5; p. 89.)

Fracture. — Un cas de fracture du sternum, par H. Villard. (*N. Montpellier méd.*, 11; p. 205.) — Indication du traitement des fractures de la clavicule par la suture osseuse, par Richard. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Traitement de la fracture de Dupuytren, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 6 juillet.) — Déformations consécutives aux fractures de Dupuytren vicieusement consolidées, traitement par l'ostéotomie, par Junot. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Traitement opératoire de certaines fractures récentes consécutives du coude par l'ouverture du foyer et l'enchevillement des fragments. Abrasion modelante du col dans une fracture ancienne de la même région, par Tuffier. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 320.) — Blessures des nerfs compliquant les fractures du membre supérieur, six cas, par Deanesly. (*Brit. med. j.*, 17 juin.) — Des fractures sus-condyliennes du fémur, par Angelvin. (*Thèse de Paris*, 7 juin.) — Fracture sus-condylienne du fémur et pseudarthrose consécutive, par Reclus. (*Bulletin méd.*, 4 juin.) — Un cas de fracture de la rotule traité par le massage, par S. Soutter. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIII, 56.) — L'auscultation de la percussion sur les os longs, nouveau signe pour le diagnostic des fractures diaphysaires, par G. Vajana. (*La Riforma medica*, 7 juin.) — Pseudarthrose et ses variétés, par Park. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Prophylaxie des raccourcissements ou pseudarthroses après les fractures, par l'emploi d'épingles traversant les fragments, par Keetley. (*Lancet*, 10 juin.) — Fractures compliquées. Traitement par Ch. Lassalle. (*N. Montpellier méd.*, 3; p. 381. Suppl.) — Simplicité dans le traitement des fractures, par Roberts. (*Med. News*, 8 juillet.) — Traitement de certaines formes de fracture, par Phelps. (*N. York med. Journ.*, 15 juillet.) — Le traitement des fractures par des méthodes simples, par Chiene. (*Practitioner*, août.) — Du traitement des fractures par Reclus. (*Gaz. hebd. de Paris*, 6 mai.) De l'intervention sanglante dans les déformations des membres consécutives aux fractures, par Lejars. (*Sem. méd.*, 31 mai.) — Du traitement des

difformités consécutives aux fractures bimalléolaires, vicieusement consolidées, par Duplay. (*Union médicale,* 25 avril.)

G

Gale. — Anatomie pathologique de la gale, par Dubreuilh. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 avril.) — Gale et néphrite aiguë, par P. Bothezat. (*N. Montpellier méd.*, 18, p. 345.) — Traitement de la gale par la benzine, par S. Snegürsky. (*Meditzinskoië Obozrenië*, n° 23, 1892.)

Gangrène. — Gangrène sénile, infection secondaire, par Mendel. (*Soc. anat. Paris*, 7 avril.) — Sur la gangrène spontanée et la simulation dans l'hystérie, par Singer. (*Wiener med. Presse*, 18 juin.) — Gangrène spontanée de la jambe gauche chez une enfant de 3 ans. Menace d'arrêt de la circulation de la jambe droite. Mort par hémorragie méningée, par Guichard. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 mars.) — De la gangrène symétrique des extrémités, par Dehio. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 1 et 2.) — Gangrène symétrique des extrémités chez une enfant de 15 mois, par Mendel. (*Soc. franç. de dermat.*, 7 avril.)

Génitaux (Org.). — Sur l'opération de la circoncision, par Davies Colley. (*Guy's hosp. Rep.*, XXXIV, p. 163.) — Phimosis chez l'adulte, pyélonéphrite consécutive, mort, par Pauzat. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 157.) — De la méthode d'Esmarch dans la chirurgie du pénis, recherches nouvelles sur la congestion postischémique, par Phélip. (*Lyon méd.*, 5 mars.) — Obs. d'induration des corps caverneux, par Delafosse. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — De la tuberculose de la verge, par Barbet. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas de gangrène du pénis après autoplastie, par Körte. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Épithélioma de la verge généralisé, par Durante. (*Soc. anat. Paris*, 24 mars.) — Cancer des glandes de Bartholin, par Schweizer. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIV, 2.) — Épithélioma du pénis, amputation, fixation de l'urètre à travers le scrotum, par Sawselle. (*N. York med. journ.*, 13 mai.) — Cancroïde du pénis, par Tesson. (*Bull. Soc. de méd. d'Angers*, 2e semestre, p. 8, 1892.) — Epithélioma de la verge, par Tesson. (*Ibid.*, p. 11.) — Epithélioma bénin syphiloïde de la verge, par Fournier et Darier. (*Soc. franç. de dermat.*, 18 mai.) — De la gangrène des organes génitaux, par Balzer. (*La Médecine moderne*, 12 juillet.) — Un cas d'exstrophie du cloaque interne accompagnée de l'absence des organes génitaux et de malformations graves des organes abdominaux et du squelette, par Curtillet. (*Arch. prov. de chir.*, II, 7.) — Cas d'anomalies des organes génitaux de la femme, par Townsend. (*Boston med. journal*, 30 mars.) — Deux cas rares de fibromes génitaux, par Jacobs. (*La Policl. Bruxelles*, 1er juin.) — Hématome de la vulve, par Murray. (*Americ. j. of Obst.*, août.)

Géographie méd. — Topographie médicale d'Evreux, par Carlier. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Considérations sur la pathologie la Franconie, par Gerhardt. (*Münchener med. Woch.*, 17 janv.) — Maladies des pays chauds, maladies climatériques et infectieuses, par de Brun. (In-8° 200 p., *Paris.*) — Géographie médicale des îles Glorieuses, par Alix. (*Arch. de méd. nav.*, mai.)

Glande. — La classification des glandes, par Gley. (*Rev. scientif.*, 1er juillet.) — Les travaux récents sur la physiologie des glandes vasculaires sanguines, par E. Hédon. (*N. Montpellier méd.*, 3, p. 467; Suppl.)

Glaucome. — Le glaucome, par Richey. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Le glaucome, par Verneuil. (*La Policl. Bruxelles*, 15 mai.) — Histoire d'un glaucome, considérations générales sur cette maladie, par Armaignac. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 avril.) — Incision périorbitaire dans le glaucome, par Sous. (*Ibid.*, 7 mai.) — Du glaucome syphilitique, par Samelsohn. (11e *Cong. Soc. franç. d'opht.*, 1er mai.)

Goutte. — Goutte aiguë et tuberculose, par Galliard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 31 mars.) — Lithémie; son traitement, par Wilcox. (*Journal americ. med. Ass.*, 18 mars.) — Monographie de la goutte saturnine, par Gallard. (*Thèse de Paris*, 18 mai.)

Greffe. — Technique des greffes de Thiersch, par Gibson. (*N. York med. journ.*, 5 août.) — De la transplantation de larges lambeaux cutanés, par Krause. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Greffe avec de la peau de pigeon, par Aldrich. (*Boston med. journal*, 6 avril.) — Greffes autoplastiques, par Levrat. (7e *Congr. franç. chir.*, *Mercredi méd.*, 26 avril.) — Recherches histologiques sur les greffes osseuses, par Barth. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — De la greffe osseuse, par Girard. (*Thèse de Montpellier.*)

Grippe. — Épidémie localisée de grippe mortelle par hyperpyrexie, par Jones. (*Brit. med. j.*, 27 mai.) — Epidémie de grippe dans la garnison de Lyon pendant l'hiver 1891-1892, par Marvaud. (*France méd.*, 7.) — La grippe, par Johannes Seitz. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte,* p. 3, 1er janvier.) — Nouvelle contribution à l'étude du bacille de l'influenza et spécialement de son action pathogène sur le bassin, par A. Bruschettini. (*La Riforma medica*, 8 avril.) — Sur la découverte par R. Pfeiffer du microbe de l'influenza, par O. Bujwid. (*Centrabl. f. Bacter.*, XIII, p. 554.) — De la forme cérébrale de la grippe, par Trassous. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Les lésions nerveuses suite de la grippe, par Gowers. (*Lancet*, 1er juillet.) — Sur quelques formes nerveuses de la grippe, par Virey. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Sur un cas singulier de neurasthémie viscérale d'origine grippale, par Lévy. (*Gaz. des hôp.*, 17 juin.) — Les parotidites de l'influenza, par Rolland. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — De la nature infectieuse de la grippe et de son influence sur la pathogénie de l'ictère grave, par Raynal. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Grippe et chloroanémie, phlébite bilatérale des deux membres inférieurs, gangrène du pied gauche, par Morlot et Rogier. (*Bourgogne méd.*, avril.) — Un cas de phlébites multiples d'origine grippale, par Orlandos. (*Progrès médical*, 4 avril.) — Complications chirurgicales de la grippe, par Leclerc. (7e *Congr. franç. chir.*, *Mercredi méd.*, 19 avril.)

Grossesse. — Galactorrée pendant la première grossesse, par Griffith. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXIV, 4.) — Toux incoërcible de la grossesse, par Tripet. (*Arch. de tocol.*, août.) — Sur un cas de vomissements incoërcibles à quatre mois de grossesse arrivés à la troisième période, expulsion spontanée du fœtus, mort de la parturiente, par Lang. (*Ibid.*, août.) — Complications de la grossesse par les maladies chroniques du cœur, par Leyden. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIII, 1 et 2.) — Sténose mitrale dans la grossesse, par Lusk. (*Med. News*, 14 janv.) — Contribution à l'étude du regard des femmes grosses. (*Wiener med. Wochenschr.*, 51, 1892.) — En-

térocèle vaginale dans la grossesse et le travail, par Cooke Hirst. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Un cas de blessure de l'utérus gravide, par Kehr. (*Cent. f. Chir.*, 22 juillet,) — Pyélite de la grossesse, par Vinay. (*Bull. méd.*, 7 juin.) — Sur la rupture de la grossesse et l'avortement tubaire, par Gauthier. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Etude sur la grossesse extra-utérine, par Bélisaire. (*Thèse de Montpellier.*) — De la grossesse extra-utérine au point de vue médico-légal, par Marion. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Cas unique de grossesse extra-utérine, par Engelmann. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — Deuxième grossesse ectopique chez la même malade, par Reed. (*Ibid.*) — Tumeur ovarique, grossesse extra-utérine, laparotomie, par Stern. (*Münch. med. Woch.*, 8, p. 159.) — Grossesse ectopique, variétés, symptômes, traitement, par Ross. (*Americ. j. of obst.*, janv.) — Le placenta de la grossesse ectopique et sa croissance après la mort du fœtus, par Gubb. (*Thèse de Paris*, 21 juin.) — Migration interne de l'œuf, grossesse ectopique à répétitions, par Coe. (*Americ. j. of obst.*, juin.)

Gynécologie. — Guide de diagnostic gynécologique, par Berlin. (In-8° 224 p., *Paris.*) — Rapport annuel sur la policlinique gynécologique de l'Université pour 1892, par Schrœder. (*Münch. med. Woch.*, 8, p. 159.)

H

Helminthes. — Les helminthes des îles Hawaï, par A. Lutz. (*Centralbl. f. Bakter.*, XIII, p. 126.) — Revue des parasites animaux, par M. Braun. (*Ibid.*, XII, p. 59.) — Ascaride chez un enfant de trois semaines, par Miller. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVI, 3.) — Deux cas de ladrerie dans l'espèce humaine, par Mme Gaches-Sarraute. (*Assoc. franç. Cong de Besançon.*) — Un cas de distome lancéolé dans le foie humain, par L. Aschoff. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXX, 3.) — Contribution à l'histoire biologique du distoma hepaticum, par A. Lutz. (*Centralbl. f. Bakter.*, XIII, p. 320.) — Sur le distoma sinense Cobbold, par Billet. (*Soc. de biol.*, 13 mai.) — De la filariose et de l'hématochylurie endémique des pays chauds, par Houiller. (*Thèse de Montpellier.*) — Des manifestations pathologiques dues à la présence de la filaria sanguinis dans l'organisme humain, par Lucas. (*Thèse de Bordeaux.*) — Les premiers cas d'anémie dus à l'ankylostome observés chez des montagnards allemands ; influence de cette maladie sur l'œil, par Fischer. (22e *Congrès d'ophth. Heidelberg*, 1892.)

Hémoglobinurie. — Hémoglobinurie compliquant une pneumonie lobaire aiguë, par Nash. (*Lancet*, 24 juin.)

Hémorragie. — Des hémorragies cutanées, par Sack. (*Monats. f. prakt., Dermat.*, XVII, 2.) — Epanchements traumatiques de sérosités, par Matton. (*Thèse de Paris*, 31 mai.) — De l'emploi des injections d'atropine pour arrêter les hémoptysies, par B. Blumenau. (*Meditzinskoïé Obozrenié*, n° 9, 1892.) — Sur une variété d'hématémèse nerveuse, hémosialémèse hystérique, par Josserand. (*Lyon méd.*, 18 juin.) — Sur l'hémorragie intra-péritonéale, par Fitz. (*Boston med. journal*, 22 juin.) — Du traite-

ment de l'hématurie, par Liégeois. (*Rev. gén. de clin.*, 10, p. 153.) — Deux cas d'hémorragies anté-partum ; mort, par Pierce. (*Boston med. journal*, 5 juin.) — Injection rectale de solution saline pour une hémorragie grave après avortement, par Nicholson. (*Lancet*, 15 juillet.) — Étude expérimentale sur la ligature élastique comme moyen hémostatique, par Senn. (*Intern. med. Magazine*, août 1892.) — M. Péan et la forcipressure, étude de critique et d'histoire, par Verneuil. (*Bull. méd.*, 14 juillet.)

Hémorroïde. — Traitement opératoire des bourrelets hémorroïdaux, par Sendler. (*Cent. f. Chir.*, 26 août.) — Du traitement des hémorroïdes, par Martin. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.) — Du traitement chirurgical des hémorroïdes et de l'extirpation suivie de sutures, par Meesemacker. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Traitement chirurgical des hémorrhoïdes, par Ch.-B. Kelsey. (*Therapeutic Gazette*, 15 avril.)

Hérédité. — L'unité de la diathèse et l'hérédité morbide, par Crocq. (*Rev. de méd.*, août.)

Hernie. — Des sacs diverticulaires dans les hernies, par Prieur. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Forme rare de hernie étranglée, par Meredith. (*Lancet*, 13 mai.) — Sac herniaire avec bride fibreuse annulaire siégeant dans le canal inguinal entre l'orifice externe et l'orifice interne, par Zuber. (*Soc. anat. Paris*, 28 avril.) — De l'étranglement herniaire par l'appendice ilio-cœcal, par Pollosson. (*Lyon méd.*, 21 mai.) — Cure radicale des hernies, 384 cas, par Lucas-Championnière. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — De la cure radicale des hernies non étranglées, par Leuw. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Cure radicale de la hernie, par Silcock. (*London harveian soc.*, 4 mai.) — Cure radicale de hernie due à l'inflammation consécutive à la kélotomie, par Davidson. (*Lancet*, 3 juin.) — Quelques faits de kélotomie, par Broca. (*Mercredi médical*, 6, p. 61.) — Laparotomie pour hernie, par Robson. (*Practitioner*, juin.) — De l'électricité dans les hernies, par J. Marcley. (*N. York med. record*, 4 mars.) De l'emploi de la belladone dans les hernies étranglées, par Zagorsky. (*Meditzinskoië Obozrenië*, 23, 1892.) — Hernie crurale étranglée, kélotomie, prolapsus de l'épiploon, laparotomie, guérison, par Lucy. (*Lancet*, 19 août.) — Opérations radicales de hernie crurale, par la méthode de Ruggi modifiée, par G. Parlavecchio. (*La Riforma medica*, 20 février.) — Hernie inguinale directe et oblique du même côté, par Stewart. (*Med. News.*, 1er juillet.) — Kélotomie pour hernie inguinale étranglée ; section de la vessie, suture ; cure radicale. Mort de congestion pulmonaire, par Binaud. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 juin.) — Deux opérations de cure radicale de hernie, l'une (hernie inguinale), par la méthode de Bassini, l'autre (hernie crurale), par la méthode de Ruggi, par G. Bernallo. (*Riforma medica*, 22 avril.) — Cent crises radicales d'hernies inguinales selon le procédé de Bassini, par Nicoladoni. (*Wiener med. Presse*, 28 mai.) — Cure radicale des hernies inguinales et crurales volumineuses, par Schwartz. (7e *Cong. franç. chir. Bulletin méd.*, 19 avril.) — Cure radicale des hernies inguinales, par Zancarol. (7e *Cong. franç. chir. Bulletin méd.*, 19 avril.) — Ileus, péritonite par perforation dans une hernie périnéale étranglée et gangrénée, par Köster. (*Cent. f. Chir.*, 20 mai.) — Hernie ombilicale étranglée chez une femme de 80 ans, opération, mort le 8e jour, par Wilson. (*Lancet*, 24 juin.) — De la cure radicale des hernies ombilicales par l'omphalectomie totale, nouvelles obs. Etude critique de l'omphalectomie partielle et totale, par Condamin. (*Arch. prov. de chir.*, II, 6.) — Sur la cure radicale des hernies ombilicales, par Brodier. (*Thèse eParis*, 25 mai, et *Gaz. des*

hôp., 26 août.) — Pointe de hernie dans un kyste de la grande lèvre, par VAN HEUVERSWYN. (*Arch. de tocol.*, juillet.) — Un cas de hernie obturatrice, par BORCK. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Sur une variété rare de hernie transpariéto-péritonéale, par VILLARD. (*Arch. prov. de chir.*, II, 8.) — Contribution à l'étude et au traitement des laparocèles, par D. GIORDANO. (*La Riforma medica*, 9 février.)

Histologie. — Traité d'histologie pratique, per J. RENAUT, 2e fasc. Tissus du squelette, tissu musculaire, etc. (*In-8°*, *Paris.*) — Sur le procédé de coloration de Gieson, par V. KAHLDEN. (*Centralbl. f. allg. Path.*, n° 12, 2 juin.) — Quelques points de technique histologique et bactériologique, par DE NABIAS et SABRAZÈS. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er avril.)

Hôpital. — Hôpitaux et maladies spéciales de l'Inde, par F. REGNAULT. (*La médecine moderne*, 28 juin.)

Hydatide. — De la maladie hydatique ou echinococcose, par LOISON. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Des kystes hydatiques du cerveau, par GUÉRINEAU. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Kyste hydatique du poumon gauche rompu dans la plèvre, pneumotomie, extirpation du kyste, par DELAGENIÈRE. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 389. — Kyste hydatiques du poumon, par MARIE et TOUCHARD. (*Soc. anat. Paris*, 26 mai.) — Sur quelques causes d'erreur dans le diagnostic des kystes hydatiques du foie, par SCHMITT. (*Thèse de Paris*, 1er juin.) — Diagnostic et traitement des kystes hydatiques multiloculaires du foie, par REBOUL. (*Marseille méd.*, 4, p. 89.) — Kyste hydatique du foie avec hémiplégie gauche, par TISON. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 264.) — Kyste hydatique de la face inférieure du foie ouvert, dans le canal cholédoque, mort par infection due au bacille coli, par MARMASSE. (*Ibid.*, 27 juin.) — Quelques cas d'abcès du foie et de kystes hydatiques du foie suppurés, par S. PANSINI. (*La Riforma medica*, 25 avril.) — Traitement des kystes hydatiques du foie, par RECLUS. (*Gaz. hebd.*, *Paris*, 3 juin.) — Kyste hydatique multiple du foie, six opérations successives dont deux laparotomies et deux incisions transpleurales, par MAUNOURY. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 229.) — Kyste hydatique du foie, incision de la face antérieure du foie, expulsion spontanée de la poche, guérison, par VALLAS. (*Lyon méd.*, 7 mai.) — Cas d'opération pour échinocoque du foie, par DŒRFLER. (*Münch. med. Woch.*, 11, p. 215.) — Kyste hydatique suppuré avec péritonite concomitante. Laparotomie ; guérison, par REYNIER. (7e *Cong. franç. chir. Bulletin méd.*, 23 avril.) — Kystes hydatiques de la rate, du foie et de la plèvre, par COURTIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 18 juin.) — Traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction, par FÉLIZET. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 150.) — Extirpation totale d'un kyste hydatique du foie, par MARCHAND. (*Ibid.*, XIX, p. 172.)

Hydroa. — Hydroa buccal, par DUCASTEL. (*Soc. franç. de dermat.*, 20 juillet.)

Hygiène. — L'hygiène des voyageurs, par GRÉHANT. (*Rev. scientif.*, 22 juillet.) — Accidents causés par l'abus des exercices sportifs pendant la croissance, par LE GENDRE. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Marennes et ses environs, essai d'hygiène et de topographie médicales, par LEVRAUD. (*Thèse de Paris*, 27 avril.) — De l'assainissement de Tunis, par RICHARD et JANNIN. (*Rev. d'hyg.*, XIV, p. 854.) — Sur le type sanitaire adopté par la conférence de Dresde pour établir des mesures communes, propres à sauvegarder la santé publique en temps d'épidémie cholérique, sans

apporter d'entraves inutiles aux transactions commerciales et au mouvement des voyageurs, par Brouardel. (*Acad. des sc.*. 1er mai.) — De l'hygiène alimentaire aux origines de la civilisation, par Dujardin-Beaumetz. (*Semaine méd.*, 10 mai.) — La fabrication du cognac en Espagne, par Alfred Zweifel. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 2, p. 61, 15 janvier.) — Falsification des vins, par J. Rochard. (*Union médicale*, 16 mars.) — Les vases de nickel et le fromage (attaque plus que le vinaigre), par Helbig. (*Hyg. Rundschau*, II, p. 906.) — Recherches pour établir les bases d'une nouvelle méthode destinée à reconnaître la falsification des beurres par la margarine employée seule on en mélange avec d'autres matières grasses d'origine végétale ou animale, par Houzeau. (*Acad. des sc.*, 1er mai.) — Sur la perméabilité des filtres Chamberland pour les microorganismes, par D. von Freudenreich. (*Hyg. Rundsch.*, III, 1. p. 10.) — — Réplique, par Kuebler. (*Idem.*, p. 11.) — Description d'un nouvel appareil filtrant, par Gautrelet et Dubousquet-Laborderie. (*Journ. de méd.*, *Paris*, 18 juin. — Une crèche modèle à Liège, par Barbier. (*Mouvement hyg.*, VIII, p. 386.) — Résultats de mensurations et de pesages des élèves des écoles de Gohlis, par Geissler. (*Hyg. Rundschau*, II, p. 856.) — Asthénopie nerveuse chez les écoliers, par Bronner. (*Lancet*, 10 juin.) — Rapport sur l'influence de l'écriture droite et penchée. (*Münch. med. Woch.*, 13, 14 et 15.) — Contribution pouvant servir à résoudre la question du banc d'école, par Stöcker. (*Ibid.*, 7, p. 125.) — Des sanatariums populaires pour phthisiques, par Schmid. (*Ibid.*, 11 et 12, p. 211 et 229.) — Des conditions insalubres des logements des ouvriers agricoles et moyens d'y remédier, par Marx. (*Deutsche Viertelj. f. oeffentl. Gesundheitspflege*, XXV, p. 18.) — De la propreté corporelle et de la désinfection dans les prisons, par A. Leppmann. (*Ibid.*, XXV, 53.) — Le service des eaux, le chauffage, la ventilation et l'éclairage de l'hôpital civil de Venise, par Emil. Hieke. (*Hyg. Rundsch.*, III, 2 et 3.) — Régime alimentaire de l'école ménagère et de la pension ouvrière des usines Krupp à Essen, par Prausnitz. (*Arch. f. Hyg.*, XV, et *Hyg. Rundsch.*, III, 1, p. 36.) — Détermination de l'humidité des murs, par Lehmann et Nussbaum. (*Arch. f. Hyg.*, XV, et *Hyg. Rundsch.*, III, 1, p. 30.) — A propos du chauffage d'une salle d'opérations, par Kummer. (*Revue méd. Suisse romande*, XII, p. 474.) — La combustion vive du coke dans un brasero ne dégage point d'oxyde de carbone, par Gréhant. (*Soc. de biol.*, 24 juin.) — Application de la méthode de Gréhant à la recherche de l'oxyde de carbone dans les appareils de chauffage, présentation d'un nouveau poêle, par Targowla. (*Ibid.*, 22 juillet.)—Rapport sur des accidents survenus chez des égoutiers, à la suite d'une explosion de gaz protocarboné, par Maximilien Jolles. (*Viertelj. f. geritchtl. Med.*, V, 179, janvier.) — Présence de vapeurs nitreuses dans l'atmosphère des pièces éclairées au gaz, par A. von Bibra. (*Arch. f. Hyg.*, XV, et *Hyg. Rundsch.*, II, 1083.) — Urgence de généraliser la constatation obligatoire des décès dans l'empire allemand, par Tracinski. (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesundheitspflege*, XXV, p. 1.) — La prostitution en Russie, par Fiaux. (*Progrès médical*, 4 mars.) — La question de la prostitution, par Blaschko. (*Berl. klin. Woch.*, 2 mai 1892.) — De la responsabilité des patrons dans certains cas de maladies épidémiques, par P. Brouardel. (Pneumonie épidémique d'une fabrique d'engrais de scories métalliques) (*Annales d'hyg. publ.*, XXIX, p. 5.)

Hygroma. — Hygroma des cavaliers, par Le Fort et Albert. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Hypnotisme. — De la suggestion hypnotique comme moyen de diagnostic

des affections du système nerveux, par Ernould. (*Bull. méd.*, 23 juillet.) — Production et guérison de maladies suggérées, par Adolf Strümpell. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 janvier.) — Suggestion à l'état de veille, par Gibert. (*Normandie méd.*, 15 avril.)

Hystérie. — Quelques définitions récentes de l'hystérie, par Janet. (*Arch. de neurol.*, juin.) — Obs. cliniques sur l'hystérie, par Clarke. (*Lancet*, 13 mai.) — Des accidents mentaux chez les hystériques, par Janet. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Du somnambulisme dit naturel, noctambulisme, ses rapports avec l'hystérie et l'attaque à forme somnambulique, par Feinkirid. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — Un cas de narcolepsie, par Ewen. (*Boston med. journal*, 8 juin.) — Catalepsie locale, trouble hystérique non décrit, par Mitchell. (*Americ. j. of med. sc.*, août.) — Des attaques de léthargie et de la suggestion hypnotique, par Hitzig. (*Brain*, nos 61 et 62.) — Sur un cas de léthargie observé chez une enfant de 13 ans, par Raffegeau. (*Rev. de l'hypnot.*, mars.) — Un cas de surdi-mutité hystérique, par Lemoine. (*La médecine moderne*, 31 mai.) — Sur un cas de mutisme hystérique avec agraphie et paralysie faciale systématisée, par Ballet et Sollier, (*Rev. de méd.*, juin.) — Deux cas de bégaiment hystérique chez les dégénérés, par Chabert. (*Progrès médical*, 25 février.) — Monoplégie hystérique avec aménorrée, guérison par la suggestion hypnotique, par Regnault. (*Bull. méd.*, 23 juillet.) — De la polyurie hystérique, par Ehrhardt. (*Thèse de Paris*, 29 juin.) — Torticolis intermittent survenant sous l'influence d'un rêve, guérison par la suggestion hypnotique, par J. Voisin. (*Bull. méd.*, 23 juillet.) — De la nature physique de l'amblyopie hystérique unilatérale et de l'hémianesthésie semitivo-sensorielle, par Bernheim. (*Brain*, nos 61 et 62.) — Sur un cas de fièvre hystérique, par Hanot et Boix. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 avril.) — Du diagnostic de la pseudo-méningite hystérique avec la méningite tuberculeuse, par Monestier. (*Thèse de Montpellier.*) — Le sein hystérique et les tumeurs hystériques de la mamelle, par Gilles de la Tourette. (7e *Congr. franç. chir. Mercredi méd.*, 26 avril.) — De l'hystéro-traumatisme, par Mme Bychoffski. (*Thèse de Paris*, 7 juin.) — Hystérie traumatique, par Orreco Luco. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 6, p. 359, 1892.) — De la simulation hystérique, par Joire. (*Bull. méd. du Nord*, 6, p. 113.) — Un cas d'hystéro-épilepsie au point de vue de la médecine légale militaire, par P. Pucci. (*La Riforma medica*, 24 mai.) — Mort subite dans un cas de vomissements hystériques, par Robinson. (*Lancet*, 10 juin.) — Hystéro-épilepsie, 7 cas guéris par le traitement chirurgical, par Marion Sims. (*Americ. j. of obst.*. juillet.) — Tic convulsif de l'épaule chez une hystérique. Bourse séreuse enflammée, par Moussous. (*Journ. méd. Bordeaux*, 18 juin.) — Emploi de la duboisine, dans l'hystèro-épilepsie, par Albertoni. (*Gazz. degli Osp.*, 114, 1892.)

I

Icthyose. — Sur l'histopathologie et la pathogénèse de l'icthyose, par Tommasoli. (*Ann. de dermat.*, IV, 5.)

Infection. — Maladie infectieuse spontanée du lapin avec névrites périphériques, par Ducamp. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Période d'incubation et durée de l'infection dans certaines maladies infectieuses aiguës,

par WILLIAMS. (*Med. Magazine*, juin.) — Rôle de l'organisme dans la genèse des maladies infectieuses, par APPERT. (*Union médicale*, 22 avril.) — Causes des variétés des lésions d'un même organe dans une même infection chez une même espèce animale, par CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 8 juil.) — Lésions des capsules surrénales dans l'infection, le foie chez le cobaye pyocyanique, par LANGLOIS et CHARRIN. (*Ibid.*, 29 juillet.) — Formes hémorragiques de l'infection expérimentale, formes diffuses, localisées, reproduction des types cliniques, par CHARRIN. (*Ibid.*, 15 juillet.) — Sur un cas d'infection d'un nouveau-né, contagion directe par le pus d'un panaris anthracoïde siégeant au doigt de la mère, mort à la suite de lymphangite généralisée à forme érysipélateuse, par TOUJAN. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — Sur l'étiologie de certaines formes d'infection hémorragique, bronchites, duodénites, par BABES. (*Arch. de méd. expér.*, V, 4.) — Note sur un cas d'infection staphylococcique généralisée, par RENDU et CHAILLUN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 mars.)

Inflammation. — Étiologie de l'inflammation, par FRIEDENWALD. (*N. York med. journ.*, 8 juillet.) — Où siège le premier anneau de l'inflammation, par G. SCHRAKAMP. (*Archiv. f. pathol. Anat.*, CXXXI, 2.)

Injection. — Loi générale de l'hypodermie, hypotension artérielle et transfusions hypodermiques, par CHÉRON. (*Gaz. des hôp.*, 29 juin.) — La médication tonique et excitante par la méthode hypodermique, par HUCHARD. (*Rev. gén. de Clin.*, 11, p. 162.) — La nouvelle méthode thérapeutique d'emploi de liquides organiques extraits des glandes, par BROWN-SÉQUARD. (*Brit. med. j.*, 3 juin.) — Des injections sous-cutanées de sérum artificiel dans le traitement des diarrhées et l'atrepsie infantile, par MAROIS. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.)

Insolation. — Cas de coup de chaleur observés pendant l'été de 1892, par GANNETT. (*Boston med. journal*, 20 avril.) — Névrite multiple consécutive à un coup de chaleur, par HEISLER. (*Univ. med. magaz.*, avril.)

Intestin. — Le diverticulum de Meckel, par LAMB. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — De l'atonie gastro-intestinale, ses diverses modalités et ses symptômes, par CUFFER. (*Bull. méd.*, 7 mai.) — Traitement de la constipation habituelle, par SEMMOLA. (*Il progresso medico*, 15 janvier.) — Traitement de la constipation et de certaines affections du gros intestin par les grands lavements d'huile, par Wilhelm FLEINER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 16 et 23 janv.) — De l'entérite pseudo-membraneuse et de son rôle en gynécologie, par MONOD. (*Ann. polycl. Bordeaux*, 1er mai.) — Traitement de la diarrhée dans la dysenterie, le typhus et le choléra, par AUFRECHT. (*Therap. Monats.*, juillet.) — Ulcère perforant du duodénum, par ROPER. (*Lancet*, 20 mai.) — Sur un cas d'érosions hémorragiques du duodénum, par PILLIET et DENY. (*Soc. de biol.*, 22 juillet.) — Anatomie de l'appendice vermiforme, par HEWSON. (*Americ. j. of med. sc.*, août.) — Typhlite stercorale, par LUZZATTO. (*La Riforma medica*, 9 mars.) — Notes sur l'appendicite, par FENGER. (*Americ. j. of Obst.*, août.) — De l'appendicite, par DUPLAY. (*La Médecine moderne*, 5 juillet.) — Un cas de typhlite ou appendicite causée par des ascarides, par GOURAUD et MARTIN-DURR. (*Gaz. des hôp.*, 11 juillet.) — De l'appendicite, par JACOB. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Étude de l'inflammation péricœcale, par BARKER. (*Brit. med. j.*, 13 mai.) Typhlite et appendicite, par RENDU. (*Bull. méd.*, 5 juillet.) — Appendicite survenue au 7e jour après l'accouchement, rupture dans l'intestin, par PETERSON. (*Med. News*, 13 mai.) — Typhlite ou appendicite, par CARRIEU.

(*N. Montpellier méd.*, 16, p. 305.) — Typhlite et appendicite tuberculeuses, par Reclus. (*Bull. méd.*, 25 juin.) — Nature et traitement de la périty-phlite, par Sahli. (*Bâle,* 1892.) — Appendicite aiguë par présence de corps étranger, perforation, péritonite aiguë, par Dausent. (*Soc. anat. Paris*, 26 mai.) — Appendicite, par Broca. (*Ibid.*, juin, p. 385.) — Des affections de l'appendice vermiforme, par Affleck. (*Edinb. med. j.*, août.) — Opération pour l'appendicite, par Duncan. (*Ibid.*) — De l'appendicite perforante suraiguë, par Moizard. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, 10 juil.) — Série de cas d'inflammation du côlon, par Lydston. (*Med. News*, 27 mai.) — Observations sur l'appendicite chronique à rechutes (12 opérations), par Bull. (*New York med. record*, p. 321, 18 mars.) — Causes et traitement de la péritypblite, par Sahli. (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzte,* 1er octobre, 1892.) — Trois cas d'appendicite perforante, par Schaefer. (*Journal Americ. med. Ass.*, 3 juin.) — Dix cas d'appendicite, par Gage. (*Boston med. journal*, 18 mai.) — Six cas d'appendicite opérés avec succès, par Gordon. (*Ibid.*, 15 juin.) — Tuberculose locale chronique de la région iléo-cœcale, par Benoit. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Résection du cœcum, par Clarke. (*London clin. soc.*, 12 mai.) — Dilatation congénitale et hypertrophie du côlon chez un enfant de 11 ans, mort, par Walker et Griffith. (*Brit. med. j.*, 29 juillet.) — Malformation congénitale de l'intestin grêle produite par une interruption de ce canal et ayant amené la mort par occlusion, par Broussolle. (*Bourgogne méd.*, avril.) — Sarcome enveloppant une concrétion sans l'appendice, excision du cœcum, guérison, par Gilford. (*Lancet*, 29 juillet.) — Du cancer de l'intestin, par Bacque. (*Thèse de Paris*, 4 juillet.) — Colite ulcéreuse, colotomie inguinale, par Mayo Robson. (*London clin. Soc.*, 26 mai.) — De la résection intestinale, par Haasler. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Entérorraphie par invagination, par Boyd. (*Royal med. and chir. soc.*, 23 mai.)

Iris. — Disposition et développement des membranes de l'iris chez l'oiseau, par Durand. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — Sur les modifications pas sagères du diamètre de la pupille connues sous le nom d'hippus, pai Guépin. (*Ann. d'ocul.*, février.) — Formes rares d'iritis, par Morax. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — L'iritis insidieuse, par Panas. (*Rev. gén. de Clin.*, 14, p. 209.) — De l'iritis d'origine nasale, par Ziem. (*Ann. mal. de l'or.*, janv.) — Un cas de colobome de l'iris latéral congénital, par Seggel. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, juin.) — Contribution clinique et expérimentale à l'étude de l'infection des prolapsus de l'iris par voie endogène. Leur protection contre l'infection ectogène, par Meyer. (22e *Congrès allem. d'opth. Heidelberg*, 1892.) — Tubercules du corps ciliaire et de l'iris, par Lagrange. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 avril.) — Tuberculose de l'iris, par Bossis. (*Thèse de Paris*, 1er juin.) — Condylomes multiples de l'iris, par Despagnet (*Soc. d'opth. Paris,* 6 juin.)

K

Kyste. — Des kystes séreux congénitaux du tronc et des membres, par Daraignez. (*Thèse de Bordeaux.*) — Kyste séreux congénital du sternum, par Faguet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 28 mai.) — Nature et traitement des

kystes synoviaux du poignet et de la main, par Le Dentu. (*Rev. gén. de Clin.*, 10, p. 145.) — Kyste épidermique de l'index droit, d'origine traumatique, par Labougle. (*Tribune méd.*, 25 mai.) — Dégénérescence kystique (47 livres) des ganglions sous-maxillaires, par Hays. (*Med. News*, 24 juin.) — Kystes sanguins péritonéaux, leurs rapports avec les kystes du pancréas, par Fisher. (*Guy's hosp. Rep.*, XXXIV, p. 275.) — Structure et pathogénie d'un kyste dermoïde du raphé périnéal et du scrotum, par Reclus et Retterer. (*Soc. de biol.*, 15 juillet.) — Kyste dermoïde des ligaments larges renfermant une mâchoire avec 8 dents, par Abel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 9 janvier.) — Kyste dermoïde de la queue du sourcil droit et kyste dermoïde de la région sus-maxillaire gauche simulant une grenouillette sus-hyoïdienne, par Routier. (*Bull. soc. de Chir.*, XIX, p. 171.) — De la situation des kystes dermoïdes par rapport à l'utérus, par Cohn. (*Münch. med. Woch.*, 8, p. 156.) — Étude clinique sur les kystes de l'ouraque, par Dössekker. (*Beit. zur. klin. Chir.*, X.)

L

Lacrymal. — Étude clinique et bactériologique sur les maladies des voies lacrymales, par Levinçon. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Tumeurs symétriques et simultanées des glandes lacrymales et parotidiennes, par Snell. (*Lancet*, 1er juillet.) — Tumeur lacrymale à staphylocoques, par Mazet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 juin.)

Lait. — Étude histologique de la sécrétion du lait, par Duclert. (*Thèse de Montpellier.*) — La bactériologie appliquée à la laiterie, par P. Schuppan. (*Centralbl. f. Bakter.*, XIII, p. 555.) — Des souillures du lait au moment de la traite, par Fr. Dornblueth. (*Deutsche. Viertelj. f. œffentl. Gesundh.*, XXV, 35.) — Sur un inconvénient de l'appareil de Soxhlet pour stériliser le lait (caoutchouc rouge qui laisse dissoudre de l'antimoine. (*Hyg. Rundsch.*, II, p. 902.)

Langue. — De la langue noire, par Ciaglinski et Luvelke. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 6.) — Glossite basique latérale droite à marche insolite, par Brault. (*Arch. prov. de Chir.*, II, 8.) — Abcès tuberculeux de la langue, par Treitel. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 124, 30 janvier.) — Un cas de sublinguite primitive, contribution à la pathologie de la glande sublinguable, par Altemaire. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.)

Laparotomie. — Rapport sur les laparotomies faites à Saint-Vincent hospistal, par Smith. (*Lancet*, 11 février.) — Sur 37 cas heureux de laparotomies, par Martin. (*Journal Americ. med. Ass.*, 18 mars.) — Prévention de la hernie après la laparotomie, par Edebohls. (*N. York j. of gynœcol.*, janvier.) — La fistule abdomino-pelvienne après la céliotomie et la laparotomie, prophylaxie et traitement, par Mundé. (*Americ. j. of Obst.*, juin.) — Laparotomie répétée, pour supprimer des troubles gastriques, provoqués par des adhérences épiploïques, par Jahreiss. (*Münch. med. Woch.*, 10, p. 192.)

Larynx. — Revue statistique des maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez, clinique de la faculté de Bordeaux, par Beausoleil. (*Rev. de*

larynq., 1er avril.) — Statistique des maladies du larynx, du nez et des oreilles constatées chez les élèves de l'École Arago, par SAINT-HILAIRE. (*Rev. d'hyg.*, avril.) — La voix, le chant et la parole, par LENNOX-BROWNE et BEHNKE, traduction de Garnault. (In-8°, *Paris.*) — Étude sur l'anatomie du larynx, par FRAENKEL. (*Arch. f. Laryng.*, I, 1.) — Développement des fibres élastiques dans l'épiglotte et dans le ligament cervical, par LOISEL. (*Soc. de biol.*, 29 juillet.) — Laryngoscopie et trachéoscopie inférieure, par WEIL. (*Monats. f. Ohrenh.*, 12, 1892.) — Laryngoscope aseptique, par HOPMANN. (*Archivos int. de rinologia*, IV, août.) — Pouls paradoxal dans la laryngite aiguë, par BROCBANK, (*Brit. med. j.*, 24 juin.) — Laryngite sous-muqueuse, par COLL Y BOFILL. (*Gaceta med. Catalana*, 15 mai.) — La laryngite hémorragique, par NOGARO. (*Rev. de laryng.*, 15 août.) — Deux cas de laryngite hémorragique, par NOGARO. (*Rev. int. de rhinol.*, 10 juil.) — Diagnostic du pemphigus localisé à la muqueuse des premières voies respiratoires, par CHIARI. (*Wiener klin. Woch.*, 20.) — Périchondrite aryténoïdienne aiguë et érysipèle phlegmoneux du pharynx, par P. HEYMANN et par B. BAGINSKY. (*Berlin. klin. Wochens.*, 9 janvier et 6 mars.) — De l'arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale, par SIMANOWSKY. (*Vratch*, 6 mai.) — Cas mortel d'œdème aigu laryngé, par MONTGOMERIE. (*Journ. of laryng.*, mai.) — Œdème de la glotte considéré comme symptôme primitif du mal de Bright chez l'adulte, par MAIRE AMÉRO. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Deux cas d'œdème laryngé d'origine grippale, par CARTAZ. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Deux cas d'œdème du larynx d'origine iodique, par SCHMIEGELOW. (*Archiv f. Laryng.*, I, 1.) — Pneumonie lobaire avec laryngite œdémateuse aiguë nécessitant la trachéotomie, par THORNTON. (*Lancet*, 12 août.) — Traitement de la pachydermie diffuse des cordes vocales, par MOLL. (*Rev. de laryng.*, 1er août.) — Aphonie hystérique avec conservation de la voix chantée, par GRIFFIN. (*N. York med. journ.*, 20 mai.) — Contribution à l'étude de la chorée laryngée, par PORCHER. (*Journal Americ. med. Ass.*, 18 mars.) — L'étiologie de la laryngite stridulense, par ROE. (*Ibid.*, 21 janvier). — Un cas d'épilepsie laryngée, par KERCHER. (*Ibid.*, 3 juin.) — Un cas d'ictus laryngé, par CHAVANNAZ. (*Journ., de méd. Bordeaux*, 25 juin.) — Du laryngisme chronique dans le tabes dorsalis, par OLLIER. (*Thèse de Lyon.*) — Sur un cas de laryngisme chronique dans le tabes, par PIC. (*Province méd.*, 3 juin.) — Spasme nocturne du larynx chez un adulte, par HERSCHELL. (*Lancet*, 13 mai.) — De la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, par BURGER, revue critique très complète. (*Samml. klin. Vorträge*, 52, 1892 et *Rev. de laryng.*, 1er avril.) — Cancer du thymus, du poumon et du foie, paralysie de la corde vocale gauche, par Michel DANSAC. (*Soc. anat. Paris*, 25 fév. p. 140.) — Un cas de lupus primitif du larynx, par SIMONIN. (*Ann. polyclin. Toulouse*, avril.) — Le traitement médical de la tuberculose laryngée, par GAREL. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, par CASTEX. (*Ibid.*) — Injections intra-laryngées de gaïacol et de menthol dans l'expectoration fétide, par MC NAUGHT. (*Brit. med. j.*, 24 juin.) — Cancer du cou avec syphilis laryngée, par KATZENSTEIN. (*Soc. de lar. Berlin.*, 20 janvier.) — Résultats obtenus dans 701 cas de laryngites membraneuses traités par le tubage, par BROWN. (*Arch. of pediatrics*, mars.) — L'intubation laryngée dans le croup de l'adulte, par BECLERE. (*Rev. gén. de clin.*, 10, p. 149.) — Le traitement des rétrécissements non membraneux du larynx par la méthode de tubage, par SIMPSON. (*New York med. record.*, p. 449, 15 avril.) — Tubage chez un enfant atteint de spasme de la glotte, par POTT. (*Münch. med. Woch.*, 16, p. 303.) — Sur la possibilité de transformation des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs maligne, par SOKOLOWSKI. (*Archiv f. Laryng.*, I, 1.) — Sur l'étiologie des

polypes du larynx, par Lavrand. (*Rev. de laryng.*, 1er août.) — Formes rares de tumeurs bénignes du larynx, par Michel. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Un cas de laryngocèle, par Moure. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 juin.) — Papillome récent des cordes vocales chez un syphilitique, guérison par la voie endo-laryngée, par Lavrand. (*Journ. sc. méd. Lille*, 11.) — Papillomes laryngés chez les adultes, par Clark. (*Boston med. journal*, 25 mai.) — Laryngectomie totale pour tumeur bénigne du larynx, par Jeannel (*Midi méd.*, 26.) — Myxochondrome du larynx datant de trois ans et huit mois, excision partielle du larynx, guérison, par Bond. (*Lancet*, 3 juin.) — Fibrome du larynx, par Roch. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Sarcome papillaire énorme de la corde vocale inférieure droite, par Michel Dansac. (*Ibid.*, avril.) — Sarcome fasciculé en nappe du larynx, corde vocale droite, par Michel Dansac. (*Ibid.*, mai.) — Carcinome primitif du sinus pyriforme simulant un corps étranger du larynx, par Sabrazès et Frèche. (*Ibid.*, juin.) — 1° Cancroïde de la corne gauche, laryngotomie, extirpation, guérison; 2° Destruction partielle de la trachée et rétrécissement du calibre trachéal sur toute son étendue; plastique trachéo-laryngée, guérison, par Photiades et Ed. Lardy. (*Revue médic. Suisse romande*, XII, 44.) — Cancer du larynx se développant au niveau d'une plaie de trachéotomie pour rétrécissemeut syphilitique du larynx, par B. Baginsky. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 124, 30 janvier.) — Fracture de la grande corne de l'os hyoïde, par Jouslain. (*Bull. soc. lar. Paris*, avril.) — Blessure des cartilages du larynx, par P. Heymann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 janvier.) — Fracture du larynx par strangulation, par Laugier. (*Soc. anat. Paris*, 26 mai.) — De la laryngo-fissure, par Pjenazek. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVI, 3 et 4.) — Du traitement chirurgical après la laryngotomie et la trachéotomie, par Hofmokl. (*Cent. f. ges. Therapie*, XI, 7.) — Une curette double universelle pour les opérations intra-laryngées, par Heryng. (*Therap. Monats.*, juillet.)

Lèpre. — La lèpre en Finlande, par Fagerlund. (*Finska läkar. handlingar*, XXXV, 7.) — La lèpre dans le midi de la France en 1893, par Zambaco-Pacha. (*Soc. franç. de dermat.*, 18 mai.) — La lèpre, par Zambaco-Pacha. (*Ann. de méd.*, 7 juin.) — Enquête sur la lèpre en Égypte, par Engel Bey. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVI, 12.) — La lèpre à Bergen, par Couteoud. (*Arch. de méd. nav.*, juin.) — La lèpre en Italie, par Ferrari. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 2.) — État de nos connaissances actuelles sur la lèpre, par Zambaco-Pacha. (*Semaine méd.*, 10 juin.) — Préparation de bacille de la lèpre, par Thin. (*Soc. franç. de dermat.*, 7 avril.) — Lèpre et simili-lèpre, par du Castel. (*Ibid.*, 8 avril.) — Sur les modifications des muscles et des tendons dans la lèpre, par N. Wnukow. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXI, 2.) — Lèpre et maladie de Morvan, par Marestang. (*Arch. de méd. nav.*, juillet.) — Lèpre anesthésique systématisée, par Rendu. (*Union médicale*, 28 février.) — Retour du sommeil et de la force et guérison d'ulcères, de tubercules et d'éruptions cutanées chez des lépreux, par l'injection de liquide orchitique, par Poupinel. (*Soc. de biol.*, 1er juillet.)

Leucémie. — Chlorome et ses rapports avec la leucémie, par Dock. (*Americ. j. of med. sc.*, août.)

Lèvre. — Myxosarcome de la lèvre supérieure, par Kummer. (*Rev. méd. Suisse romande*, XII, 766.)

Lichen. — Lichen neurotique et pityriasis rubra pilaire, par von During. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVI, 10.)

Lipome. — Deux cas de lipomes symétriques diffus du cou, par Solin. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 octobre 1892.) — Du lipome arborescent du genou, par Blachian. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVI, 5 et 6.) — 2 obs. de lipome de volume rare, par Bousquet. (*Bull. soc. de Chir.*, XIX, p. 445.) — Lipome d'un volume énorme, cuisse, par Fayard. (*Assoc. franç., Cong. de Besançon.*) — Contribution à la connaissance des tumeurs lipomateuses, par Edgren. (*Finska läkar. handlingar,* XXXVI, 8.)

Locomotion. — Causes et étiologie de la claudication, par J. Simon. (*France méd.*, 4, p. 49.) — Diagnostic différentiel des claudications, par J. Simon. (*Ibid.*, 6, p. 82.) — Sur la claudication intermittente dans les maladies vasculaires, par Elzholz (*Wiener med. Wochenschr.*, 49 et 50, 1892.)

Lupus. — Un cas de lupus traité par la lymphe de Koch, par Breakey. (*Journal Americ. med. Ass.*, 6 mai.) — Effets de la tuberculine combinés avec les méthodes chirurgicales dans le traitement du lupus, par Morris. (*Brit. med. j.,* 3 juin.) — Lupus traité par la tuberculine et d'autres méthodes, par Donelan. (*Ibid.*, 24 juin.) — Sur quelques tentatives de traitement local du lupus, par les injections de sérum du sang de chien, par Tommasoli. (*La Riforma medica,* 20 mai.) — De l'emploi du galvano-cautère dans le lupus, par Tchernoguboff. (*Meditz. Oboszrenié*, n° 13, 1892.)

Luxation. — Luxation de la 7e vertèbre cervicale, par Dubrueil. (*Gaz. méd. Paris*, 18 mars et *N. Montpellier méd.*, 13, p. 249.) — 30 cas de luxation de l'épaule traités par les manipulations, par Thomas. (*Brit. med. journ.*, 8 juillet.) — Traitement opératoire des luxations anciennes du coude, par Lejars. (*Bull. soc. de Chir.*, XIX, p. 275.) — De la luxation du radius par élongation, par Cuniot. (*Thèse de Lyon.*) — Luxation du poignet gauche en avant complète, datant de quatre ans ; fracture de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, par Delorme. (*Bull. soc. de Chir.*, XIX, p. 377.) — De l'intervention sanglante dans la luxation congénitale de la hanche, par Bourlaux. (*Thèse de Bordeaux.*) — Nouvelles communications sur le traitement opératoire des luxations congénitales de la hanche, par Hoffa. (*Münch. med. Woch.,* 18, p. 337.) — Anatomie de l'articulation de la hanche chez l'enfant, luxations congénitales de cette articulation, par Sainton. (*Thèse de Paris*, 31 mai.) — Luxation du genou en avant et en dehors, par Delorme. (*Bull. soc. de Chir.*, XIX, p. 365 et *Gaz. des hôp.*, 6 juin.) — Nouveau cas de luxation de l'articulation de Chopart, par Fuhr. (*Münch. med. Woch.*, 19, p. 357.)

Lymphatique. — Anatomie pathologique et bactériologie de la lymphangite des extrémités, par Hœnigschmied. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVI, 5 et 6.) — Un cas d'adénite tuberculeuse compliquée d'alopécie généralisée et de prurit, par Dunn. (*Journal Americ. med. Ass.*, 6 mai.) — Du traitement du bubon, par Yvince. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — De la valeur du traitement abortif des bubons par la méthode de Welander, par Brousse et Bothezat. (*Ann. de dermat.*, IV, 4.) — Traitement des bubons suppurés par les injections d'onguent iodoformé, par Otis. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — Traitement des adénites chroniques par les courants continus, par Labat-Labourdette. (*Thèse de Bordeaux.*) — Lymphangiome circonscrit, par Noyes. (*Brit. med. j.*, 3 juin.) — Du lymphome malin, fièvre récurrente, infection secondaire, tuberculose, par Fischer. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVI, 3 et 4.) — Une hypothèse sur la pathogénie du lymphadénome, par Verneuil. (7e *Congr. franç. Chir., Bulletin méd.* 3 mai.) — Cas de lymphosarcome par Marchand. Idem par Nebelthau. (*Berlin. klin. Woch.* 2 janvier.)

M

Main. — Les empreintes des doigts et des orteils, par Féré. (*Journ. de l'anat.*, XXIX, 2.) — Deux cas de difformité des doigts, par Rollet. (*Rev. d'orthop.*, 1er mai.) — Fibrome de la main d'origine cicatricielle, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 16 juin.) — Restauration de la paume de la main, par Defontaine. (*Arch. prov. de chir.*, II, 7.)

Mal de mer. — Chlorobrome dans le mal de mer, par Robertson. (*Lancet*, 8 juillet.) — Chlorobrome dans le mal de mer, par Ledingham. (*Lancet*, 24 juin.)

Maladie. — Sur les maladies par inoculation, par Epstein. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXV, 4.) — De la période d'incubation dans certaines maladies aiguës spécifiques, par Williams. (*Practitioner*, juillet.) — Sur l'extension des maladies contagieuses, par Wyman. (*Journal Americ. med. Ass.*, 1er juillet.) — Les maladies évitables, par Poitou-Duplessy. (*Rev. scientif.*, 12 août.)

Maladies prof. — Sur une intoxication aiguë et chronique observée chez les anciens peigneurs de chanvre, par Salomon. (*Thèse de Paris*, 4 juillet.) — Sur l'anthracose des houilleurs de Saint-Etienne, par Choupin. (*Thèse de Lyon.*) — Ulcérations des doigts dues au chromate de potasse, par Barjon. (*Lyon méd.*, 27 août.)

Malformation. — Les difformités par maladie originelle et leur traitement, par Tausch. (*Münchener med. Woch.*, 31 janvier.)

Mamelle. — Etude de la mamelle, par Basch. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIV, 1.) — Note sur un cas de mamelle supplémentaire (femme de 28 ans, glande mammaire sans mamelon, de chaque côté à la partie antérieure de l'aisselle, devenue apparente après le 3e accouchement), par V. Bué. (*La Médecine moderne*, 8 mars.) — Les soins à donner au mamelon dans la grossesse et après l'accouchement, par Marx. (*New York med. record*, p. 170, 11 février.) — Maladie de Paget, par H. Ling Taylor. (*Ibid.*, p. 65, 21 janvier.) — De la maladie de Paget du mamelon, par Dubois-Havenith. (*La Polycl. Bruxelles*, 1er mars.) — Sur la maladie de la mamelle de Paget, un cas typique, par Schulten. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXV, 9.) — Sur un cas de mammite suppurée simulant le cancer, par Vialle. (*Normandie méd.*, 1er mai.) — De la mammite des adolescents, par Vassal. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — De la mastite chronique et de son diagnostic, par Stamatoff. (*Thèse de Paris*, 5 juillet.) — Mammite tuberculeuse récente, adénome ancien, par Remy et Noel. (*Soc. anat. Paris*, p. 412, juin.) — Maladie kystique de la mamelle, par Reclus. (*Semaine méd.*, 26 juillet.) — Mastites subaiguës et cancers du sein, par P. Reclus. (*Union médicale*, 21 mars.) — Kyste essentiel de la mamelle, par Vaudremer. (*Tribune méd.*, 19 janvier.) — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme, par E. Cavazzani. (*La Ritorma medica*, 15 février.) — Des tumeurs fibro-plastiques du sein, par Tillaux. (*La Médecine moderne*, 21 juin.) — Epithelioma canaliculaire papillaire dendritique du sein, diagnostic clinique, par Routier. (*Bull. méd.*, 21 mai.) — Diagnostic

des cancers des conduits des carcinomes villeux de la mamelle, par Bowlby. (*Lancet*, 10 juin.)

Massage. — Massage dans le rhumatisme musculaire, sa valeur pour le diagnostic de la névrite et du rhumatisme, par Graham. (*Americ. j. of med. sc.*, août.) — Le massage dans les coliques intestinales, par G. Filippi. (*Il Morgagni*, janvier, p. 61.)

Maxillaire. — Nécrose du maxillaire inférieur, par Vincent. (*Lyon méd.*, 23 juillet.) — Ankylose de la mâchoïre, par Barker. (*Lancet*, 20 mai.) — Résection des deux condyles pour ankylose double de la mâchoire, par Ollier. (*Lyon méd.*, 18 juin.) — Ostéosarcome de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit, par Duplay. (*Rev. int. de rhinol.*, 10 juillet.)— Des résultats éloignés de la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur, par Martin. (*Thèse de Lyon.*) — Prothèse immédiate dans la résection du maxillaire inférieur, par Vautrin. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Etude historique sur l'empyème du sinus maxillaire, par Courtade. *Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Abcès du sinus maxillaire, par Hervouet. (*Concours méd.*, 13.) — Empyème de l'antre d'Highmore d'origine nasale, par Wolfenstein. (*N. York med. journ.*, 5 août.) — Sur un cas anormal d'empyème du sinus maxillaire, par Flatau. (*Rev. int. de rhinol*, III, 15.) — Empyème du sinus maxillaire, par Moreau-Brown. (*Journ. of laryng.*, mai.) — Empyème syphilitique de l'antre d'Highmore, par Lewin. (*Soc. de méd. int. Berlin*, 15 mai.) — Empyème du sinus maxillaire consécutif au tamponnement total de la fosse nasale gauche, par Gellé. (*Bull. soc. de laryng. Paris*, mai.) — Un cas d'empyème de l'antre d'Higmore. Ouverture du sinus par la méthode de Desault, par Guément. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er mai.) — Du traitement des abcès du sinus maxillaire, par A. Cartaz. (*Rev. de laryng.*, 1er juin.) — Méthode de drainage de l'antre d'Highmore, par Mayor. (*N. York med. journ.*, 19 août.)

Médecine (hist.). — Histoire de la chirurgie lyonnaise au point de vue des pansements et de l'antisepsie, par Thévenet. (*Thèse de Lyon.*) — La médecine, science et profession, par Bouchard. (*Rev. scientif.*, 5 août.) — L'évolution, historique de la médecine expérimentale, par Falk. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXII, 2.) — Le centenaire de Hunter, par Bryant. (*Rev. scientif.*, 13 mai.) — Recherches sur le mode de captage et l'aménagement des sources thermales de la Gaule romaine, par Mollière. (*Lyon méd.*, 28 mai.) — Les oculistes d'autrefois, surtout ceux du Danemark, par Gordon-Norrie. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXV, 7.) — Un épidémiographe Nîmois à la fin du XVIe siècle, Jean Suau, par A. Puech. (*N. Montpellier méd.*, 3, p. 410. Suppl.) — Etude sur Cabanis, par Duchenne. (*Thèse de Bordeaux.*) — Recherches et commentaires sur l'anabronchisme, par Costomiris. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.)

Médecine légale. — Manuel du médecin d'assurances sur la vie, par Weill-Mantou. (In-16°, p. 198, Paris.) — Précis de médecine légale, par Vibert. (3e édit., Paris.) — Du vitriolage au point de vue historique et médico-légal, par Roche. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas d'aphasie au point de vue médico-légal, par Bendel. (*Wiener med. Presse*, 30 avril.) — L'hypertrophie du thymus au point de vue médico-légal, par C. Seydel. (*Wiertelj. f. gerichtl. Med.*, V, 35.) — Etude médico-légale des blessures de cœur, par A. Elten. (*Ibid.*, V, p. 9.) (Monographie basée sur 42 plaies par instruments piquants; 295 plaies par instruments pointus tranchants; 111 plaies par armes à feu ; 87 ruptures du cœur.) — La fossette occipi-

tale chez les prostituées, par LOMBROSO. (*Soc. de biol.*, 10 juin.) — Etude médico-légale sur la membrane hymen, par LUTAUD. (*Journ. de méd. Paris*, 6 août.) — L'hymen et la virginité au point de vue médico-légal, l'hymen et le viol, par MOTET. (*Soc. de méd. légale*, 12 juin.) — Mécanisme de la mort dans la pendaison, par BARON. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De la pendaison, étude des lésion du cou, par THOMAS. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Etude expérimentale de la mort par pendaison, par CORIN. (*Bull. acad. de méd. Belgique*, 3, p. 331.) — Encore un mot sur les convulsions et l'amnésie, qui suivent le retour à la vie des pendus, par WAGNER. (*Münch. med. Woch.*. 10, p. 194.) — Cérébrasthénie et délire comme cause de tentative d'homicide avec guet-apens, par L. MANDALARI. (*Il Morgagni*, janvier, p. 44.) — Tatouage et son ablation, par OHMAN-DUMESNIL. (*N. York med. journ.*, 20 mai.) — Avis médico-légal du Comité supérieur prussien sur un cas de coups sur le crâne d'un enfant suivis de mort, par VON BERGMANN et SKRZECZKA. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, V, p. 1.) — Rapport médico-légal sur l'aptitude à tester du romancier-poète, Gottfried-Keller, de Zurich, par WILLE. (*Ibid.*, V, 67.)

Médecine milit. — Projet de fonctionnement du service de santé du corps de débarquement des escadres, par PALASME DE CHAMPEAUX. (*Arch. de méd. nav.*, juin.) — Les exercices du service de santé pendant les manœuvres de la 4e division de la garde allemande en 1891 et 1892, par PELTZER. (*Deut. milit. Zeit*, 3 et *Arch. de méd. milit.*, juin.) — Le service de santé pendant la guerre civile du Chili, par NIMIER. (*Ibid.*) — Etat sanitaire de l'armée italienne en 1890, par ANTONY. (*Ibid.*) — Hygiène navale, considérations relatives au chauffage des postes des équipages sur les bâtiments en fer, par GUÉZENNEC. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — Sur un brancard-hamac à l'usage des colonnes militaires du Tonkin et du Dahomey, par MARTINE. (*Ibid.*, mai.) — De l'action des balles du fusil de 8 millimètres sur les vaisseaux et les os d'êtres vivants, par HABART. (*Wiener med. Presse*, 2 avril.)

Médecine opér. — Précis de manuel opératoire, par FARABEUF. (4e édit., Paris.)

Méninge. — Des méningites suppurées non tuberculeuses, par VAUDREMER. (*Thèse de Paris*, 22 juil.) — De la tuberculose méningée de l'adulte, forme tétanique, trismus d'origine cérébrale, par BOIX. (*Rev. de méd.*, mai.) — Le diagnostic de la méningite tuberculeuse chez l'adulte, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*. 29 août.) — Tuberculose dans un caillot organisé sur la dure-mère, par COATS. (*Journ. of path. and bact.*, I, 4.) — Drainage de l'espace sous-arachnoïdien dans la méningite tuberculeuse, par MORTON. (*Lancet*, 22 juillet.) — Diagnostic de la meningite tuberculeuse par la tuberculine, par DENISON. (*Journal Americ med. Ass.*, 3 juin.) — Méningo-encéphalite superficielle d'origine traumatique, guérison par la trépanation faite de bonne heure, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 379.) — Occlusion du quatrième ventricule avec hydrocéphalie consécutive à la suite d'une méningite aiguë, par MAYER. (*Wiener klin. Wochenschr.*, 27 et 28, 1892.) — Formation des membranes sous-dure-mériennes ou pachyméningite hémorragique, par ROBERTSON. (*Journ. of mental. sc.*, juillet.) — 1° pachyméningite spéciale hémorragique; 2° pachyméningite externe cérébrale tuberculeuse, par PHILIPPE. (*Soc. anat. Paris*, 5 mai.) — Cholestéatome latent de la pie-mère entre le cervelet et le bulbe chez une femme de 76 ans, par H. STROEBER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 123, 30 janvier.)

Menstruation. — Atrésie de l'hymen et de l'utérus, rétention menstruelle depuis 7 ans, par Drake-Brockman. (*Brit. med. j.*, 10 juin.) — Rétention menstruelle dans les cas d'utérus bicorne, par atrésie unilatérale de l'utérus, ou du vagin, par Cullingworth. (*Americ. j. of Obst.*, juin.) — Dysménorrhée membraneuse, traitement par le curetage et la solution phéniquée à 2,50 0/0, par Reamy. (*Ibid.*, juillet.) — Causes et traitement de la dysménorrhée cervicale, par Handfield Jones. (*Brit. med. j.*, 27 mai.) — Métrostaxis et menstruation après opération sur les ligaments larges, par Smilair. (*Ibid.*)

Moelle. — Sur un cas expérimental de polyomyélite infectieuse aiguë ayant simulé le syndrome de Landry, par Vincent. (*Arch. de méd. expér.*, V, 3.) — Le siège ordinaire des hémorragies spinales, 4 cas, par Manley. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.) — Un cas d'hétérotopie et de dégénération ascendante des racines lombaires sensitives dans la moelle épinière d'un paralytique, par B. Feist. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXI, 3.) — Un cas de sclérose latérale amyotrophique, par Capozzi. (*La Riforma medica*, 1er mai.) — Amyotrophies spinales réflexes d'origine abarticulaire, par Charcot. (*Progrès médical*, 1er avril.) — Sur les scléroses de la moelle, par Marinesco. (*Roumanie méd.*, I, 3.) — Importance de l'artério-sclérose dans l'étiologie de la sclérose spinale postérieure, par Preston. (*Med. News*, 8 juillet.) — Syringomyélie, par Newmark. (*Med. News*, 22 juillet.) — Un cas de syringomyélie, par Coleman et O'Carroll. (*Lancet*, 12 août.) — Arthropathies syringomyéliques, par Charcot. (*Progrès médical*, 29 avril.) — Un cas de compression chronique de la moelle cervicale avec dégénérescence secondaire, par Daxenberger. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 1 et 2.) — Sur un cas de maladie de Friedreich, par Lop. (*Rev. de méd.*, mai.) — 3 cas d'ataxie héréditaire, par Tresidder. (*Lancet*, 5 août.) — Un cas de maladie de Friedreich chez une jeune fille de 8 ans, par Mc Caw. (*Lancet*, 26 août.) — Des troubles salivaires chez les ataxiques, par Cauquil. (*Thèse de Montpellier.*) — L'arthropathie tabétique, par A. Sterne. (*New York med. record*, p. 100, 28 janvier.) — Sur les fractures dans le tabes, par Durand. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Note sur un cas de guérison d'ataxie locomotrice, par Brown-Séquard. (*Soc. de biol.*, 20 mai.) — Du traitement électrique du tabes, par Laborde. (*Thèse de Bordeaux.*) — Ataxie locomotrice guérie par les injections sous-cutanées de liquide testiculaire, par Depoux. (*Soc. de biol.*, 13 mai.) — Myélite guérie par la suspension, par Kirchner. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 nov. 1892.) — Des tumeurs névralgiques de la moelle épinière, par Raymond. (*Arch. de neurol.*, août.) — Sur un cas de malformations multiples sous forme de tumeurs sur la moelle épinière d'un paralytique, par Berhard Feist. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXX, 3.) — Blessure de la moelle, par Hammond. (*Journ. of. nerv. dis.*, juillet.)

Molluscum. — Fibrome molluscum généralisé, par du Bourguet et Legrain. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 avril.) — Le parasite du molluscum contagiosum, par R. Campana. (*Riforma medica*, 25 mai.)

Monstre. — Monstre anencéphalien, par Guinard. (*Lyon méd.*, 23 juillet.) — Monstre anencéphale provenant d'une grossesse gémellaire, par Looten et Blondeau. (*Bull. méd. du Nord*, 7, p. 145.) — Sur un fœtus humain appartenant à la famille des monosomiens, par Rouxeau. (*Ann. de gynéc*, août.)

Mort. — De la mort subite dans le cours de la phtisie pulmonaire, par Dupuy.

(*Thèse de Paris*, 25 mai.) — Mort subite par symphyse cardiaque, par Fauvelle. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 267.)

Mortalité. — Mortalité de l'enfance, par Boxall. (*Lancet*, 1er juillet.)

Morve. — Sur l'anatomie pathologique de la morve, par Leredde. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — Sur l'anatomie pathologique de la morve pulmonaire, par Leclainche et Montané. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 6.) — Un cas de farcin aigu, mort, par Bourdon. (*Normandie med.*, 1er mai.)

Muscle. — Les muscles adducteurs du pouce et du gros orteil, par Leboucq. (*Bull. acad. de méd. Belgique*, 1, p. 21.) — La corrélation de l'action des muscles antagonistes, par Sherrington. (*Brit. med. j*, 10 juin.) — L'élasticité du muscle diminue-t-elle pendant la contraction? par Wedensky. (*Acad. des sc.*, 17 juillet.) — La durée de l'excitabilité des muscles et des nerfs, après la mort, est bien plus grande qu'on ne le croit généralement, par d'Arsonval. (*Ibid.*, 26 juin.) — Sur le pouvoir thermogène des extraits des muscles, par Roger. (*Soc. de biol.*, 17 juin.) — Sur l'action des courants de polarisation musculaire comme excitants de la contractili(é, par Rouxeau. (*Ibid.*, 15 juillet.) — Sur une anomalie musculaire du poignet, par Gesland. (*Bull. soc. anat.*, 24 mars, p. 229.) — Un cas d'atrophie primitive d'une partie de la musculature du visage, par Walther. (*Münch. med. Woch.*, 16, p. 299.) — De la myopathie atrophique progressive, par Flandre. (*Thèse de Paris*, 24 mai.) — Atrophie musculaire progressive coïncidant avec de l'hystérie, par Erb. (*Neurol. Centralbt.*, 15 mars.) — De l'analogie des différents types de myopathie essentielle, contribution clinique à l'étude des formes de transition, par Ch. Cannac. (*N. Montpellier méd.*, 2, p. 179. Suppl.) — Forme particulière d'atrophie musculaire progressive du type Duchenne-Landouzy-Déjerine, par d'Alloco. (*Riv. e térap.*, 12, p. 713, 1892.) — De l'atrophie musculaire spéciale chronique chez l'enfant, d'origine familiale, par Hoffmann. (*Zeit. f. Nervenh.*, III, 6.) — Étude de l'atrophie musculaire progressive, par Strümpell. (*Ibid.*, III, 6.) — Deux cas de myopathie progressive du type Landouzy-Déjerine, avec pseudo-hypertrophie de certains muscles, par G. Guinon. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1, p. 8.) — Un cas de myopathie progressive primitive à type facio-scapulo-huméral chez un enfant de 7 ans, par Prautois et Étienne. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Dystrophie musculaire progressive avec hystérie, par Erb. (*Neurol. Centralb.*, 15 mars.) — Étude de la dystrophie musculaire progressive, par Münzer. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 6.) — Atrophie musculaire simple idiopathique débutant dans les fléchisseurs de la cuisse, par Pershing. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.) — De l'analogie des différents types de myopathie essentielle des formes de transition, par Cannac. (*Thèse de Montpellier.*) — De la polymyosite aiguë, post partum, par Waetzoldt. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 6.) — Myosite chronique, par Reymond. (*Rev. méd. Suisse romande*, XII, p. 721.) — Un cas de maladie de Thomsen, autopsie, par Dejerine et Sottas. (*Soc. de biol.*, 24 juin.) — Contribution à l'étude des contractures congénitales, par Redard. (*Gaz. méd. Paris*, 13 mai.) — De la tuberculose des muscles hématogènes, par Fritz de Quervain. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Plaies du diaphragme, par Severeanu. (7e *Cong. franç. Chir.* et *Bull. méd.*, 14 mai.) — Hémato-ostéome du moyen adducteur, par Ramonet. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Vaste ostéome du moyen adducteur, par Delorme. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 227.) — Ostéome du brachial antérieur, par Guépin. (*Soc. anat. Paris*, 14 avril.) — De la cure radicale des hernies musculaires, par Choux. (*Rev. de chir.*, juin.) — Note à propos d'un cas de hernie musculaire, par Hartmann. (*Ibid.*)

Mycosis. — Mycosis fongoïde développé sur une cicatrice de brûlure, par VIRCHOW. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 102, 23 janvier.) — Deuxième note sur un cas de mycosis fongoïde d'emblée, compliqué de gangrène massive avec dénudation du squelette, par HALLOPEAU. (*Soc. franc. de dermat.*, 6 avril.)

Myopie. — Quelques faits relatifs au développement de la myopie, par SULZER. (*Ann. d'ocul.*, juillet.) — Étude clinique et thérapeutique de la myopie, par VALUDE. (*Union médicale*, 11 mars.) — Contribution à l'étude de la myopie causée par le travail, par GERLOFF. (22e *Cong. allem. d'ophth. Heidelberg.*, 1892.) — Correction de la myopie par l'extraction du cristallin, par SCHWEIGGER. (*Ibid.*) — Remarques sur le traitement opératoire de la myopie forte, par PFLÜGER. (*Ibid.*)

Myxœdème. — Un cas de myxœdème avec examen microscopique de la glande thyroïde, par BUCHANAN. (*Glasgow med. journ.*, nov. 1892.) — Traitement du myxœdème et du crétinisme, par MURRAY. (*Lancet*, 13 mai.) — Le traitement du myxœdème et du crétinisme, par BEADLES. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Traitement du myxœdème par l'ingestion de corps thyroïdes, par STEWART. (*Practitioner*, juillet.) — Un cas de myxœdème traité avec succès par des injections d'extrait de glande thyroïde de mouton, par M. BEATTY. (*Dublin. journ. of med. sc.*, mai.) — Myxœdème amélioré par les injections de suc thyroïdien, par WICHMANN. (*Deutsche med. Woch.*, 2, p. 26.) — Cas de myxœdème et d'acromégalie traités par les thyroïdes de moutons, observations sur la pathologie de la cachexie suivant les affections de la thyroïde, par PUTNAM. (*Americ. j. of med. sc.*, août.) — Traitement du myxœdème, par l'ingestion de corps thyroïde frais, par VERMEHREN. (*Deutsch. med. Woch.*, 16 mars.) — Modifications de l'urine dans le myxœdème après l'emploi de l'extrait de corps thyroïde, par ORD et WHITE. (*Brit. med.*, 29 juillet.)

N

Nævus. — Sur les transformations et dégénérescences des nævi, par REBOUL. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Mélano-sarcomes cutanés multiples, suite de l'ablation d'un nævus, par ABEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 9 janvier.) — Traitement d'un grand nævus artério-veineux par l'excision, par O'NEILL. (*Dublin journ. of med. sc.*, janvier 1893.) — Extirpation par l'électrolyse d'un nævus pileux de la face, par FOX. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — Adénocystome intracanaliculaire survenant sur un nævus unilatéral, par ELLIOT. (*Ibid.*)

Nerf. — De la coloration des nerfs de la peau par le chl rure de palladium, par STRAUSS. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XVII, 4.) — Rapports du muscle pyramidal avec le nerf sciatique, par J. MOURET. (*N. Montpellier méd.*, 12, p. 225.) — Sur certaines particularités dans les réactions du nerf radial aux courants électriques et sur leur signification pratique, par PUTNAM. (*Boston med. Journal*, 30 mars.) — De l'interférence des excitations dans le nerf, par WEDINSKY. (*Acad. des sc.*, 24 juillet.) — Inhibition due à l'excitation électrique simultanée d'un nerf en deux points de sa longueur, par CHARPENTIER. (*Soc. de biol.*, 27 mai.) — Sur le retour ra-

pide de la sensibilité après suture des nerfs, par Le Fort. (*Bull. acad. méd.*, 25 avril.) — Retour rapide de la sensibilité après suture des nerfs, par Brown-Séquard. (*Ibid.*, 16 mai.) — Retour de la sensibilité après suture des nerfs, par Laborde. (*Ibid.*, 23 mai.) — De la suture nerveuse, par Schiff. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — La suture nerveuse, par Herzen. (*Rev. scientif.*, 15 juillet.) — Transplantation nerveuse, par Moullin. (*Lancet*, 24 juin.) — Les algies centrales ou psychiques des neurasthéniques considérées surtout dans leurs rapports avec les névralgies pelviennes, par Huchard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 février.) — Névralgie de la racine du 4e orteil, traitement, par Graham. (*Med. News*, 13 mai.) — Quelques affections des 3e et 5e paires, par Mills. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — Érythrométalgie, par Weir Mitchell. (*Med. News*, 19 août.) — Des névrites puerpérales, par Lamy. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 avril.) — Névrite du nerf auriculaire, éruptions herpétiques récidivantes sur le trajet du nerf, par Diller. (*Journ. of nerv. dis.*, mai.) — Étude sur un cas de névrite multiple avec lésion des nerfs optiques, par Fuchs. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 1 et 2.) — Des névrites infectieuses et toxiques, par Baret. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Double névrite du plexus brachial chez un phtisique, par Heise. (*Berl. klin. Woch.*, 26 décembre 1892.) — Deux cas de névrite du nerf médian, par Jacobs. (*Ann. Soc. de méd. Anvers*, mars.) — Nutrition et cicatrisation après la section du nerf sciatique très haut et amputation de la cuisse, par Brown-Séquard. (*Soc. de biol.*, 1er juillet.) — Des pseudo-paralysies générales névritiques, par Klippel. (*Gaz. hebd. Paris*, 5, p. 51.) — Traitement des névralgies du trijumeau par les injections de phosphate de soude, par Glorieux. (*La Polycl. Bruxelles*, 15 mai.) — Guérison de la névralgie du trijumeau par élongation du nerf facial, par Schulze-Berge. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Traitement chirurgical de la névralgie faciale, par W. T. Stoker. (*Dublin journ. of med. sc.*, mars.) — Des diverses méthodes de traitement chirurgical des névralgies du nerf maxillaire inférieur et de leurs résultats, par Charmeusat. (*Thèse de Montpellier.*) — Traitement de la sciatique, par Weir Mitchell. (*Med. News*, 1er juillet.) — Élongation nerveuse pour la guérison de la sciatique, par Kennedy. (*Med. News*, 19 août.) — Élongation et résection du nerf médian pour deux cas de névrite traumatique, par A. Le Dentu. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 2, p. 65.) — Un nouveau cas de paralysie isolée du nerf maxillaire inférieur avec des troubles gustatifs, par Fr. Ziehl. (*Arch. f. pathol. Anatomie*, CXXX, 3.) — Pathologie moderne des maladies du système nerveux; déduction thérapeutique; expériences avec les extraits organiques, par Dana. (*Boston med. Journal*, 18 mai.) — Névrome plexiforme généralisé, par Ouvry. (*Soc. anat. Paris*, 26 mai.)

Nerveux (Syst.). — Les découvertes récentes sur le système nerveux, par J. Baker. (*N. York med. journ.*, 17 juin.) — Les terminaisons nerveuses intra-épidermiques chez quelques mammifères, par van Gehuchten. (*La Cellule*, IX, 2.) — La cellule nerveuse considérée comme la base de la neurologie, par Schafer. (*Brain*, 61 et 62.) — Des récentes applications de la méthode de Golgi à l'étude du système nerveux, par Turner. (*Brain*, 61 et 62.) — Le syndrome de Benedikt, par Charcot. (*La médecine moderne*, 1er mars.)

Névrose. — Leçons sur le traitement des névroses, par Séguin. (In-8°, p. 102, Paris.) — Névroses et arthropathies, par Blake. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — L'éréthisme sexuel, son origine et son traitement, par Rockwell. (*N. York med. journ.*, 19 août.) — Contribution à la prophy-

laxie de la crampe des écrivains, par LANGES. (*Münch. med. Woch.*, 9, p. 173.) — L'insomnie de la neurasthénie, par HEDLEY. (*Lancet*, 10 juin.) — Hystéro-neurasthénie secondaire à la syphilis, algidités périphériques, ébauche de maladie de Raynaud, par FOURNIER. (*Soc. franç. de dermat.*, 18 mai.) — Oxalurie, glycosurie et neurasthénie, par L. CORONA. (*Il Morgagni*, p. 120, février.) — De la dyspepsie chez les neurasthéniques, par HAIN. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Du traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse, par CONSTANTIN PAUL. (*Bull. acad. méd.*, 25 avril.) — Le traitement de la neurasthénie, par TH. ZERNER. (*Wiener med. Wochenschrift.*, 48 et 49, 1892.) — Traitement rationnel de la neurasthénie, par DE FLEURY. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Causes et traitement de quelques cas de vertige, migraine et autres troubles nerveux, par HEATH. (*N. York med. journ.*, 8 juillet.) — Onychophagie, par BÉRILLON. (*Bull. méd.*, 23 juillet.)

Nez. — Sur les diverticules des cavités nasales, par SCHMIDT (*Archiv f. Laryng.*, I, 1.) — Les maladies du nez et de la gorge, par IVINS. (*Londres.*) — Du pouvoir bactéricide du mucus humain et en particulier du mucus nasal, par WURTZ et LERMOYEZ. (*Soc. de biol.*, 15 juillet.) — De la respiration nasale, par JOUSLAIN. (*Journ. de méd. Paris*, 23 juillet.) — Le nez et la bouche comme organes de la respiration, par SCHUTTER. (*Ann. mal. de l'or.*, avril.) — Emploi de miroirs dans la rhinoscopie antérieure, par WAGNER. (*Münch. med. Woch.*, 10, p. 193.) — La céphalalgie dans les maladies du nez et du pharynx, par BRESGEN. (*Ibid.*, 31 janvier.) — Céphalées dans les affections nasales, par HEYMANN. (*Deut. med. Zeit.*, 26.) — Toux d'origine nasale, par HERZOG. (*Med. News*, 24 juin.) — Convulsions épileptiformes liées à des troubles nasaux, par KJELLMANN. (*Hygiea*, février.) — Vertiges et pseudo-angine de poitrine comme troubles réflexes d'origine nasale, par G. GRADENIGO. (*Giornale accad. di medic. Torino*, p. 48, janvier.) — Troubles visuels dus aux affections du nez, par GROSSMANN. (*All. Wiener med. Zeit.*, 14.) — La voix améliorée par un traitement nasal, par SPEAR. (*Boston med. Journal*, 6 avril.) — Quelques observations portant sur le traitement des affections nasales et de l'oreille moyenne, par TUTTLE. (*Boston med. Journ.*, 13 avril.) — Sur les phénomènes psychopathiques réflexes du nez, par PICK. (*Prager med. Woch.*, 16.) — De l'épistaxis habituelle, par ROTH. (*Wiener med. Presse*, 4 juin.) — Observation d'hydrorrée nasale, par KEIPER. (*N. York med. journ.*, 22 juillet.) — A propos du coryza chronique, par RAUGÉ. (*Bull. méd.*, 31 mai.) — Écoulements purulents du nez chez les enfants, par BALL. (*West London med. chir. Soc.*, 5 mai.) — Une nouvelle forme de rhume chronique, rhinitis vaso-dilatatoria, par von STEIN. (*Archivos int. de rinologia*, IV, août.) — L'étiologie de la rhinite membraneuse, rhinite fibrineuse, par ABBOTT. (*Med. News*, 13 mai.) — Des phases de l'ozène, par COUETOUX. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Rhinite hypertrophique produisant de l'asthénopie oculaire, par BERNSTEIN. (*Med. News*, 22 juillet.) — De l'obstruction nasale et son traitement, par SPITZER. (*Cent. f. ges. Therap.*, XI, 7.) — Traitement des rhinites chroniques simples, par TISSIER. (*Ann. de méd.*, 7 juin.) — Massage interne dans les maladies du nez et de la gorge, par FREUDENTHAL (*N. York med. record*, 22 juillet.) — Emploi de l'ozone dans le catarrhe atrophique, par RICE. (*N. York med. journ.*, 19 août.) — Deux nouvelles opérations pour l'obstruction du canal nasal, par CALDWELL. (*N. York med. journ.*, 27 mai.) — De la valeur thérapeutique des hydrocarbures en général, spécialement des vasogènes Klever avec applications au traitement des voies respiratoires, de la tuberculose, par BAYER. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Traitement des

déviations et éperons de la cloison nasale par l'électrolyse, par SCHMIDT. (*Deut. med. Woch.*, 17.) — Traitement des malformations du septum nasal, par CHEVAL. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Abcès de la partie cartilagineuse de la cloison, par ZAUFAL. (*Prager med. Woch.*, 18.) — Contribution à la casuistique de la tuberculose nasale, par I. DIONISIO. (*Giornale Accademia di medicina Torino*, p. 67, février.) — De l'anatomie des sinus de la face et de leurs inflammations suppuratives, par BATUT. (*Midi méd.*, 22.) — Mucocèle et empyème des sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux ; déplacement de l'œil, par KNAPP. (*Arch. of otology*, juillet.) — Un cas d'empyème du sinus frontal avec exophtalmie, par J. HOPPE. (*Klin. Monats. f. Augenheilk.*, mai.) — Empyème des sinus du nez, maxillaire et frontal, par SCHEINEMANN. (*Deut. med. Zeit.*, 29.) — Nouvelles observations d'ethmoïdite nécrosique, par WOAKES. (*Brit. med. j.*, 10 juin.) — Les maladies des sinus aériens du nez et leurs relations avec les affections des yeux, par G. CALDWELL. (*N. York med. record*, p. 425, 8 août.) — Suppuration chronique du sinus frontal, par PRINCE. (*St-Louis med. journ.*, avril.) — Les suppurations des fosses nasales, par LUDWIG GRÜNDWALD. (*Munich et Leipzig.*) — De l'empyème du sinus frontal, par MONTAZ. (*Le Dauphiné méd.*, 1er avril.) — Sur une fosse nasale remplie complètement de cholestérine, par J. NEUMANN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXII, 2.) — Rhinolithe ou calcul nasal avec destruction partielle de la cloison nasale, par V. COZZOLINO. (*Il Morgagni*, p. 154, mars.) — Balle extraite du nez douze ans après une tentative de suicide par coup de feu dans la tempe, par F. OPPENHEIMER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 janvier.) — D'une méthode nouvelle pour pratiquer l'ablation des polypes naso-pharyngiens, par OLLIER. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Polype nasal descendant dans le naso-pharynx, par JOHNSTON. (*N. York med. journ.*, 5 août.) — Des polypes de la cloison des fosses nasales, par NATIER. (*France méd.*, 20.) — Kyste muqueux de la fosse nasale droite, par FICANO. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XI, 8.) — Deux polypes kystiques des cornets moyens, par FREUDENTHAL. (*Arch. of otology*, juillet.) — Dégénérescence papillaire du cornet inférieur de la cloison et du plancher des fosses nasales, par LACOARRET. (*Ann. policlin. Toulouse*, mars.) — Angiome caverneux de la muqueuse nasale, par SCHWAGER. (*Archiv f. Laryng.*, I, 1.) — Un cas d'épithélioma papillaire sur le cornet moyen des fosses nasales, par KIESSELBACH. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXII, 2.) — Epithéliome végétant du nez, par DU CASTEL. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 juin.)

Nystagmus. — Nystagmus des mineurs, par SNELL. (*Brit. med. j.*, 13 mai.) — Sur le nystagmus dyspnéique, par FRENKEL. (*Lyon méd.*, 14 mai.)

O

Obésité. — L'obésité d'origine nerveuse et son traitement par l'électricité, par IMBERT DE LA TOUCHE. (*Ass. franç. Cong. de Besançon.*) — Obésité traitée exclusivement par la diète azotée et l'injection d'eau chaude, par SAVILL, remarques de Haig. (*Lancet*, 15 juillet.)

Occlusion int. — Sur deux observations d'obstruction intestinale, par RECLUS. (*Gaz. des hôp.*, 18 mai.) — De l'occlusion intestinale par les calculs biliaires, par KÖRTE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Obstruction intestinale par

calcul biliaire, par NAIRN. (*London clin. Soc.*, 12 mai.) — Obstruction interstitielle par corps étranger, par SEVEREANO. (*Roumanie méd.*, I, 3.) — Obstruction intestinale par une bride, laparotomie, guérison, par FINNY. (*Lancet*, 24 juin.) — Sur le mécanisme et sur la valeur de l'injection liquide dans le traitement de l'occlusion intestinale interne, par E. MICHELI. (*La Riforma medica*, 16 mai.) — Traitement du volvulus de l'Siliaque, par M'ARDLE. (*Dublin journ. of med. sc.*, février.)

Œdème. — Œdème des membres inférieurs simulant l'éléphantiasis, compression élastique, pneumonie, péricardite, mort, par LAFARELLE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 février.) — Œdème cutané névropathique d'origine traumatique guéri par l'élongation des nerfs, par BIRCHER. (*Cent. f. Chir.*, 24 juin.)

Œil. — Des centres et des conducteurs visuels, par HENSCHEN. (*Brain*, nos 61 et 62.) — La périmétrie des couleurs, par HEGG. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — De la production de l'ombre et des effets de perception par la différence de couleur, par EINTHOVEN. (*Brain*, nos 61 et 62.) — De l'acuité visuelle, par BORDIER. (*Thèse de Bordeaux.*) — La skiascopie, par HESS. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, mai.) — Encore quelques mots sur la skiascopie, par BISSON. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — Ophtalmologie, maladies des paupières et des membranes externes de l'œil, par DE LAPERSONNE. (In-16. 200 p., Paris.) — Statistique des opérations pratiquées pendant l'année 1892, par A. TROUSSEAU. (*France méd.*, 11, p. 161.) — Des causes et de la prophylaxie de la cécité dans la région de Montpellier, par MARTRE. (*Thèse de Montpellier.*) — Influence du climat de l'île de Cuba sur les maladies des yeux, par SANTOZ FERNANDEZ. (*Rev. gén. d'opht.*, XII, 8.) — De la géographie oculaire, par TRINQUANT. (*Thèse de Montpellier.*) — Influence des organes sexuels sur les névroses oculaires réflexes, par MORTON. (*Med. News*, 19 août.) — Séméiologie de l'exophtalmie, par ESSAD. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — De l'exophtalmos intermittent ou exophtalmie à volonté, par SERGENT. (*Gaz. des hôp.*, 27 mai.) — Cécité quinique, par PIOCHL. (*Med. News*, 29 juillet.) — Hémorragies oculaires, par H. TRUC. (*N. Montpellier méd.*, 15, p. 285.) — Pronostic de l'ophtalmie strumeuse dans la région de Montpellier, par GALLINI. (*Thèse de Montpellier.*) — Forme spéciale d'ophtalmie chez les moissonneurs, par ADAMS. (*Brit. med. j.*, 13 mai.) — Ophtalmies purulentes chez les petites filles et les femmes, par DECREQUY. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — Panophtalmie bacillaire, par SATTLER. (22e *Congrès allem. d'opht.*, Heidelberg, 1892.) — Ténonite partielle suppurée due à un cysticerque, ténonite expérimentale, par SGROSSO. (*Rev. gén. d'opht.*, XII, 8.) — Sur un traitement perfectionné de l'ophtalmie purulente, par BROWNE. (11e *Cong. Soc. franç. d'opht.*, 1er mai.) — Sur les paralysies des muscles de l'œil, par JSAO DE MELLO VIANNA. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De certaines paralysies récidivantes de la 3e paire, migraine ophtalmoplégique de Charcot, par DARQUIER. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Étiologie et diagnostic de la paralysie de l'oculo-moteur, par DALICHOW. (*Zeit f. klin. Med.*, XXII, 4 et 5.) — Diagnostic des paralysies syphilitiques des nerfs moteurs de l'œil à l'aide du diplomètre, par GALEZOWSKI. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 avril.) — Observation de cécité intermittente, par GAYET. (*Soc. franç. d'opht.*, 3 mai.) — Difformité cranienne et atrophie du nerf optique, par FRIEDENWALD. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Névrite et atrophie optiques chez un brûlé atteint d'intoxication iodoformique, par VALUDE. (*Soc. d'opht. Paris*, 11 avril.) — Névrite rétrobulbaire avec protrusion du globe, par MÜLLER. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, janvier.) — Atrophie congénitale des nerfs optiques chez trois frères, par MULLER. (*Ibid.*,

janvier.) — Mydriase spastique réflexe, par BRANDENBURG. (*Ibid.*, avril.) — Lésions systématisées du tronc du nerf optique, par WILDBRAND. (22e *Congrès allem. d'opht. Heidelberg*, 1892.) — De l'amblyopie périphérique, par SAMELSOHN. (*Ibid.*) — Colobome circumpapillaire, par GOLDZIEHER. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, mai.) — De la tuberculose de l'œil, par TRUDEAU. (*N. York med. journ.*, 22 juillet.) — Brûlure par le fer fondu, par HILBERT. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, avril.) — Cinq cas de guérison d'épithélioma de l'angle interne de l'œil, par DARIER. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 juin.) — De la préparation des solutions huileuses de biiodure de mercure employées en injections intra-musculaires à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, par DELACOUR. (*Journ. de pharm.*, 15 juin.) — De l'aseptie dans les opérations pratiquées sur les yeux, par NUEL. (11e *Cong. Soc. franç. d'opht.*, 1er mai.) — Sur l'emploi de la tropacocaïne en ophtalmologie, par FERDINANDS. (*Brit. med. j.*, 24 juin.) — De l'action de l'antipyrine dans certaines formes d'atrophie du nerf optique, par DESGENETTES. (*Thèse de Paris,* 4 juillet.) — Du traitement séquardien dans l'atrophie grise du nerf optique, par GALTIER. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — Photophobie simple traitée par les courants continus, par JOHN HERN. (*Ophthalmic Review*, février.) — Sur l'indication des injections sous-conjonctivales de sublimé, par DUFOUR. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — De la valeur de la péritomie, par DUNN. (*N. York med. journ.*, 17 juin.)

Œsophage. — Sur les poches ou diverticules de l'œsophage et du pharynx, par MARCHEGUET. (*Thèse de Montpellier.*) — Œsophagite disséquante superficielle, par ROSENBERG. (*Cent. f. allg. Path.*, 15 août 1892.) — Lésions tuberculeuses de l'œsophage, par LETULLE. (*Soc. anat. Paris*, 24 mars.) — Sur un cas d'œsophagotomie externe pour corps étranger, par CAHIER. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 315.) — Gastrostomie en deux temps très rapprochés pour un carcinome de la portion cervicale de l'œsophage et du pharynx, par SCHWARTZ. (*Ibid.*, XIX, p. 170.) — Cancer de l'œsophage non ulcéré, gastrostomie, par KAREWSKI. (*Berl. klin. Woch.*, 5 décembre 1892.)

Œuf. — Recherches bactériologiques, zoologiques et médicales sur l'œuf de poule, par ARTAULT. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Influence de la lumière blanche et de la lumière colorée sur l'incubation des œufs de poule, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 15 juillet.) — Sur l'influence de l'éthérisation préalable sur l'incubation des œufs de poule, par FÉRÉ. (*Ibid.*) — Sur l'influence de l'exposition préalable aux vapeurs d'alcool sur l'incubation de l'œuf de poule, par FÉRÉ. (*Ibid.*, 22 juillet.)

Olfaction. — L'odeur dans la série grasse, par PASSY. (*Soc. de biol.*, 6 mai.)

Orbite. — Tumeurs symétriques de l'orbite, par DEBIERRE. (*Soc. d'opht. Paris*, 4 juillet.) — Tumeur orbitaire chez un nouveau-né, par COURANT. (*Cent. f. Gynaek.*, 12 août.) — Tumeur mélanique de l'orbite, par LAGRANGE, (*Soc. franç. d'opht.*, 3 mai.) — Carie de la voûte orbitaire avec ouverture du sinus frontal, par J. HOPPE. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, mai.)

Oreille. — Recherches sur l'appareil auditif chez les mammifères, par BEAUREGARD. (*Jour. de l'Anat.*, XXIX, 2.) — Recherches sur l'oreille interne, par CANNIEN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 mai.) — Sur la nature diagnostique de la percussion mastoïdienne, par MOOS. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXIV, 1.) — Illumination électrique des cellules mastoïdiennes comme moyen de dia-

gnostic, par CALDWELL. (*N. York med. journ.*, 15 juillet.) — Du triangle lumineux de la membrane du tympan, sa valeur au point de vue du diagnostic, par COURTADE. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Lésions anatomiques trouvées dans la surdi-mutité consécutive à la scarlatine, par UCHERMANN. (*Arch. of otology*, avril.) — Etat hypertrophique de la muqueuse du tympan chez un enfant, par CHEATLE. (*Ibid.*, juillet.) — Contribution à la séméiologie et au traitement du catarrhe de la trompe d'Eustache, par LŒWENBERG. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — De l'otite hémorragique d'origine grippale, par HERCK. (*Rev. int. de rhinol.*, 10 juillet.) — Otite externe syphilitique tertiaire, par MENDEL. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Sur une forme rare de rupture des deux tympans, par VACHER. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Deux cas de lésion du canal semi-circulaire horizontal, par LAKE. (*Lancet*, 19 août.) — Symptômes cliniques des affections du nerf auditif, par GRADENIGO. (*Arch. of otology*, avril.) — Amélioration de l'acuité visuelle par le traitement d'une otite moyenne, par KIESSELBACH. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, avril.) — Sur la technique du cathétérisme de la trompe d'Eustache et de ses indications, par OAKS. (*Journ. amer. med. Ass.*, 21 janvier.) — Du traitement nasal dans les maladies des oreilles, par GRADLE. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 3 juin.) — Nouvelle méthode de traitement des maladies unilatérales de l'oreille moyenne par la douche d'air, par FALTA. (*Wiener. med. Wochenschr.*, 52, 1892.) — Du diapason dans la thérapeutique des maladies de l'oreille, par SIMROCK. (*N. York med. journ.*, 10 juin.) — Emploi de la solution d'acide chromique à 3 0/0 dans les otites moyennes suppurées, par KATZ. (*Therap. Monats.*, juillet.) — La pyoktanine dans les maladies des oreilles, par ROBERTS. (*New York med. record*, p. 110, 28 janvier.) — Traitement de l'eczéma de l'oreille, par CHATELLIER. (*Bull. Soc. de laryng. Paris*, mai.) — Traitement médical de l'otorrhée, par POLO. — Traitement chirurgical, par MIOT. (*Rev. de laryng.*, 15 août.) — Inflammation localisée au quart postérieur supérieur de la cavité tympanique, par LAKE. (*Lancet*, 27 mai.) — Otite moyenne aiguë suppurée avec carie mastoïdienne, suite de carie dentaire, par SCHWARTZ. (*Arch. of otology*, avril.) — Les affections cérébrales par otite, variétés, diagnostic, traitement, par KNAPP. (*Arch. of otology*, avril.) — Des complications septico-pyohémiques dans l'otite, par GÉRARD MARCHANT. (*Semaine méd.*, 28 juin.) — Otite moyenne purulente, pyémie, guérison, par BLOMFIELD. (*Lancet*, 19 août.) — Un cas de polyarthrite compliquant une otite moyenne aiguë, par GRADENIGO. (*Archivos int. de rinologia*, IV, août.) — Ouverture exploratrice du tympan et opérations subséquentes dans l'oreille moyenne sans anesthésie générale, par BLAKE. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Propagation des affections tympaniques dans la cavité cranienne par le canal carotidien, par KŒRNER. (*Arch. of otology*, avril.) — Des méthodes employées pour retirer le pus de la cavité tympanique et spécialement de l'aspiration du pus, par COURTADE. (*Bull. Soc. lar. Paris*, avril.) — Deux cas d'affections des portions pétreuses et mastoïdiennes du temporal en rapport avec une maladie de l'oreille, par SMYLY. (*Dublin journ. of med. sc.*, avril.) — Quinze cas de mastoïdite, par ADAMS. (*N. York eye and ear inf. reports*, I, 1.) — Les abcès intracraniens d'origine otique, par ROCHARD. (*Union médicale*, 25 février.) — Un cas de mastoïdite primitive, par LACOARRET. (*Ann. policl. Toulouse*, 1er janvier.) — Thrombose du sinus latéral, par ADAMS. (*Arch. of otology*, avril.) — Trois cas d'ouverture accidentelle du sinus latéral, par SHEPPARD. (*Ibid.*, juillet.) — Phlébite des sinus transverse, pétreux inférieur et caverneux, désinfection, ouverture du rocher, guérison, par BIRCHER. (*Cent. f. Chir.*, 3 juin.) — Abcès extradural d'origine otique ouvert spontanément à l'extérieur, par LAVRAND. (*Journ. de méd. Lille*, 21.) — Otite suppurée double, abcès du lobe tem-

méporo-sphénoïdal gauche, trépanation, extension de l'abcès, mort, par Morgan. (*Lancet*, 19 août.) — Otite suppurée, signes cérébraux, trépanation mastoïde, mort par méningite, par Gellé. (*Bull. Soc. d'otol. Paris*, juin.) — Suppuration des cellules mastoïdiennes, douleurs intolérables, trépanation, abcès en contact avec la dure-mère, disparition des douleurs, apparition d'un délire de persécution, par Maunoury. (*Rev. int. de rhin.*, III, 9.) — Nouveau procédé de trépanation de la mastoïde, par Mongardi. (*Boll. mal. dell' orrechio*, XI, 8.) — De la résection large du rocher dans le traitement de la carie de cet os, par Chaput. (*Rev. int. de laryng.*, III, 5.) — Chirurgie de l'oreille moyenne, par Hamon du Fougeray. (7e *Cong. franç. chir. Bulletin méd.*, 9 avril.) — Traitement chirurgical de l'otite moyenne sèche, par Leroy. (*Thèse de Paris*, 25 mai.) — Note sur l'opération de Stacke, par Lubet Barbon. (*Rev. de laryng.*, 15 août.) — Myringectomie partielle, ablation de l'enclume et de l'étrier dans l'otite moyenne chronique, par Burnett. (*Med. news*, 13 mai.) — Remarques sur deux cas d'excision de l'étrier, par Jack. (*Boston med. journ.*, 13 avril.) — Extirpation de l'étrier, par Blake. (*Arch. of otology*, avril.) — Ablation de l'étrier, par Blake. (*Arch. of otology*, juillet.) — Remarques sur l'otoscléronectomie et l'otonécronectomie, par S. Sexton. (*New York med. record*, p. 195, 18 février.) — Des conséquences de la réplétion du conduit par le cérumen, par Cady. (*Philadelphia med. reports*, 27 mars.) — Accidents pseudo-méningitiques dûs à un bouchon de cérumen, par Lacoarret. (*Ann. policlin. Toulouse*, juin.) — Des malformations du pavillon, par Gradenigo. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXIV, 4.) — Un cas d'absence partielle du lobule, par Gradenigo. (*Ibid.*) — Tumeurs de l'oreille, par Green. (*Arch. of otology*, juillet.) — Ostéome de la mastoïde, par Green. (*Ibid.*, juillet.) — Extirpation d'une exostose du conduit auditif, par Hecke. (*Deut. med. Woch*, 8 juin.) — 1° Rétrécissement du conduit auditif par exostoses de l'anneau tympanique; 2° Absence des deux conduits auditifs externes, etc., par Hartmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 16 janvier.) — Papillome du pavillon de l'oreille, par Viguier. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 18 juin.) — Fibrome de l'oreille, par Dubreuilh. (*Soc. anat. Bordeaux*, 1er mai.) — Cholestéatome des cellules mastoïdiennes, par Sheild. (*Lancet*, 13 mai.) — La cure radicale du cholestéatome par l'établissement d'une ouverture large et permanente à la fois vers le conduit auditif et dans la région post-auriculaire, par Siebenmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 et 9 janvier.) — Le cholestéatome secondaires à l'otite. Critique du travail de Siebenmann, par Carl Grunert. (*Ibid.*, 3 avril 1893.) — Epithéliome de l'oreille, par Dench. (*Arch. of otology*, avril.)

Oreillon. — Etude des oreillons, relation de deux épidémies à l'hôpital de Marseille, par Bettoux. (*Thèse de Montpellier.*) — Recherches bactériologiques sur les oreillons, 2e note, par Laveran et Catrin. (*Soc. de biol.*, 20 mai.) — Sur l'incubation prolongée et la contagion des oreillons, par Merklen. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 mars.) — De la péricardite ourlienne, par Pourthou. (*Thèse de Bordeaux.*)

Os. — A propos de la fossette vermienne de l'occipital, par Debierre. (*Soc. de biol.*, 6 mai.) — De l'ostéite déformante, par Joncheray. (*Thèse de Paris*, 29 juin.) — Deux cas d'ostéite déformante de Paget, par Thibierge. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 février.) — Lésions des épiphyses et leurs conséquences, par Hutchinson. (*Brit. med. j.*, 8 juillet. — Des calcanéites infectieuses, par Poncet. (*Bull. méd.*, 2 juillet.) — Du réveil de certaines affections latentes, étiologie et pathogénie, par Verneuil. (*Acad. des sc.*, 15 mai.) — Ostéomyélite bipolaire du fémur, par Deschamps. (*Ann. Soc.*

belg. chir., 15 mai.) — Quelques considérations sur l'ostéomyélite aiguë de la hanche, par GIRARD. (*Thèse de Paris*, 29 juin.) — Ostéomyélite d'emblée chez une jeune fille de seize ans, nécrose diaphysaire totale, fracture spontanée de l'humérus, désarticulation scapulo-humérale, par BERGER. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 410.)— Trois cas d'ostéo-arthropathie pneumique hypertrophiante, par THORBURN. (*Brit. med. j.*, 3 juin.) — De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique en particulier chez les enfants, par JANET. (*Thèse de Paris,* 25 mai.) — Quelques observations de tuberculoses osseuses traitées aux Fumates en 1892, par PERRIER. (*Lyon méd.*, 9 juillet.) — Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou chez l'enfant, par GUILLEMAIN. (*Thèse de Paris*, 28 juin.) — Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. De leur traitement par la méthode sclérogène pure ou combinée à l'arthrectomie précoce et répétée, par MAUCLAIRE. (*Union méd.*, 25 mars.) — Examen histologique d'un ostéome, par COYNE. (*Journ. méd. Bordeaux,* 11 juin.) — Ostéome des cavaliers, par FERRON. (*Ibid.*, 7 mai.) — Un cas d'exostoses multiples pédiculaires, par ROBINSON. (*Brit. med. j.*, 1er juillet.) — Exostoses multiples, par VINCENT. (*Lyon méd.*, 23 juillet.) — Diagnostic des kystes solitaires dans les os longs, par SCHLANGE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Transplantation osseuse pour kystes du tibia, cavités ostéomyélitiques et pseudarthrose, par CURTIS. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.) — Cas d'homœo-ostéoplastie dans les fractures comminutives, par MANLEY. (*N. York med. journ.*, 6 mai.) — De l'état actuel de l'ostéoplastie, par SCHMITT. (*Münch. med. Woch.*, 17, p. 320.) — Ostéotomie du radius, par J. REVERDIN. (7e *Cong. franç. chir.*, *Mercredi méd.*, 26 avril.) — Note sur un cas de métastase osseuse précoce liée à l'existence d'un cancer du rein, par CURTIS. (*Bull. méd. du Nord,* 7, p. 137.) — Deux cas de castration dans l'ostéomalacie, par STERN. (*Münchener med. Woch.*, 7 février.)

Ovaire. — La question d'intervention dans les cas d'ovarite chronique, par NOBLE. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Un cas de salpingo-ovarite, par TILLAUX. (*La médecine moderne*, 10 juin.) — Hémorragie de l'ovaire due à un corps jaune, par PILLIET. (*Soc. anat. Paris*, 16 juin.) — Oophorite chronique, traitée par l'électricité, par SANDERS. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Des opérations conservatrices de l'ovaire, ignipuncture, résection partielle, par DELAUNAY. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Fibrome de l'ovaire, par DUBAR. (*Bull. méd. du Nord*, 1, p. 7.) — Kyste papillaire de l'ovaire, nombreuses excroissances sur la séreuse intestinale, guérison après extirpation du kyste, par THEILHAHER. (*Münch. med. Woch.*, 15, p. 286.) — Tumeurs calcifiées de l'ovaire, par WILLIAMS. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Kyste en grappe de l'ovaire, par CHALOT. (7e *Cong. franç. chir. Bull. méd.*, 14 mai.) — Kyste de l'ovaire simulant un kyste paraovarien, infiltration calcaire des parois kystiques, par VANHEUVERSWYN. (*Journ. sc. méd. Lille*, 20 janvier et *Arch. de tocol.*, mai.) — Des prolapsus de l'utérus et du vagin dans les kystes de l'ovaire, par JOUVE. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — Sur les transformations épithéliomateuses des kystes dermoïdes de l'ovaire, par PILLIET. (*Soc. anat. Paris*, 21 avril.) — Kystes hématiques des deux ovaires, par MALHERBE. (*Soc. anat. Paris*, 21 avril.) — Kyste dermoïde de l'ovaire, gangrène de l'ovaire et la trompe, par GIFFEN. (*N. York med. journ.*, 8 juillet.) — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, par BOIFFIN. (*Ass. franç. Cong. de Besançon.*)—Grosse tumeur de l'ovaire ayant déterminé une torsion de l'utérus et nécessité l'hystérectomie, par BERLIN. (7e *Cong. franç. chir.*, *Mercredi méd.*, 19 avril.) — Cas de rupture d'un kyste ovarique, par PETERSON. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — Ovariotomie double sans chloroforme, par LARGEAU.

(7e *Cong. franç. chir. Mercredi méd.*, 12 avril.) — Céliotomie secondaire consécutive à une oophorectomie, par Caffery. (*Med. news*, 20 mai.) — Double ovariotomie pour kystes multiloculaires faite pendant une attaque de péritonite, par Campbell. (*Lancet*, 17 juin.) — Technique d'une laparotomie pour kyste de l'ovaire compliqué de grossesse de cinq mois, par Mckee. (*N. York med. journ.*, 13 mai.) — De l'intervention chirurgicale dans les kystes de l'ovaire compliqués de grossesse, par Mlle Krimer. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Tubo-ovariotomie au sixième mois de la grossesse, par Peeples. (*N. York med. j.*, 29 juillet.)

P

Palais. — Innervation du voile du palais, par Livon. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Sur une anomalie congénitale du voile du palais, par Broeckaert. (*Rev. de laryng.*, 1er août.) — Brièveté congénitale de la voûte palatine, par Castex. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Perforation de la voûte palatine; restauration par un procédé spécial, par Quénu. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 369.) — Urano-staphylorraphie, par Le Dentu. (7e *Congr. franç. chir.*, *Mercredi méd.*, 12 avril.) — Du traitement des perforations palatines, par Kuester. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 1.) — Tumeur de la voûte palatine chez une syphilitique, par Lewin. (*Soc. de méd. int. Berlin*, 15 mai.) — Un cas de sarcome alvéolaire du voile du palais, par Fitzpatrick. (*Journ. of laryng.*, juin.)

Paludisme. — Sur les microorganismes du sang des paludéens, par L. Facciola. (*Il Morgagni*, mars, p. 183.) — Sur les parasites de la malaria des tropiques, par George Dock. (*Archiv f. path. Anat.*, CXXXI, 1.) — Sur les fièvres paludéennes à longs intervalles, par O. Pes. (*La Riforma medica*, 13 avril.) — Atrophie primitive de la muqueuse intestinale suite d'infection malariale, par Pensuti. (*Gaz. med. di Roma*, 15 mars.) — Orchite paludéenne, par Pluyette. (*Marseille médical*, 8, p. 228.) — Polyurie aiguë et chronique d'origine paludéenne, par Mossé. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Sur l'action antimalarienne de la phénocolle, par M. de Angelis. (*La Riforma medica*, 27 janvier.) — Sur l'action antimalarienne de la phénocolle, par Livio Vincenzi. (*Ibid.*, 19 avril.) — Sur l'efficacité de la phénocolle contre la laverania malaria, par G. de Angelis-Mangano. (*Ibid.*, 3 juin.) — Prophylaxie de la malaria par la quinine, par Sézary. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Du traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de cinchonidine, par Morizot. (*Thèse de Montpellier.*) — Traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de cinchonidine, par H. Villard. (*N. Montpellier méd.*, 2, p. 257, Suppl.)

Panaris. — Complications graves de la tourniole, par Huguet. (7e *Cong. franç. chir.*, *Mercredi méd.*, 26 avril.) — Du traitement du panaris, par Schnabel. (*Münch. med. Woch.*, 24 janvier.)

Pancréas. — Sur l'histogénie du pancréas, la cellule pancréatique, par Laguesse. (*Soc. de biol.*, 10 juin, 1er juillet.) — Bulbe, pancréas et foie, par Thiroloix. (*Soc. anat. Paris*, 24 mars.) — Sur les effets de la destruction lente du pancréas, par Hédon. (*Acad. des sc.*, 24 juillet.) — Ferments du pancréas, leur indépendance physiologique, par Dastre. (*Soc. de biol.*,

17 juin.) — De l'activité digestive du pancréas des animaux à jeun normaux et dératés, par CARVALLO et PACHON. (*Ibid.*, 17 juin.) — Un cas de lithiase pancréatique, par BRUNET. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 avril et 11 juin.) — Un cas d'hémorragie pancréatique et de nécrose graisseuse, par HAWKINS. (*Lancet*, 12 août.) — Hémorragie primitive du pancréas, par J. KÖTSCHAU. (*Centralblatt für allg. Pathol.*, n° 12, 2 juin.) — Sur la chirurgie du pancréas, hémorragies, abcès, gangrène, par NIMIER. (*Rev. de chir.*, août.)—Obs. de kyste du pancréas, par MARTIN et MORISON. (*Edinb. med. journ.*, juillet.) — Sur un cas de kyste du pancréas, par SCHWARTZ. (*Semaine méd.*, 7 juin.) — Cancer primitif du pancréas, par MIRALLIÉ. (*Gaz. des hôp.*, 19 août.)

Pansement. — Une organisation antiseptique simplifiée à l'Hôtel-Dieu de Grenoble, ses résultats, par MONTAZ. (*Arch. prov. de chir.*, II, 7.) — Etude dynamométrique sur les altérations de résistance des fils stérilisés, par FORGUE et MONTSERET. (*N. Montpellier méd.*, 10, p. 185.) — Pansements stérilisés. Aseptie pratique, par A. JEANNERET. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, 37.) — Opération sèche aseptique, par RICHARDSON et MUMFORD. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Sur l'emploi de l'iodoforme en chirurgie, par WHITELOCKE. (*Lancet*, 12 août.) — Une des meilleures applications de l'iodoforme en chirurgie, par ARBUTHNOT LANE. (*Lancet*, 15 juillet.) — De l'emploi des essences et surtout de l'essence de cannelle ou cinnamol comme topique en chirurgie, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 328.) — Traitement des plaies par l'izal, par CLARKE. (*Lancet*, 1er juillet.)

Paralysie. — Paralysie périphérique du nerf facial, par STOICESCO. (*Roumanie méd.*, I, 3.)—Sur un cas de diplégie faciale, par M. LUZZATTO. (*La Riforma medica*, 14 avril.) — Trois cas de paralysie multiple des nerfs craniens, par CHARLTON BASTIAN. (*Brit. med. j.*, 3 juin.) — Contribution à l'étude des paralysies du membre inférieur. Paralysie du nerf sciatique poplité externe, par COUSOT. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 2, p. 233.)—Des troubles de nutrition posthémiplégiques, par KOLISCH. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, IV, 1 et 2.) — Troubles de la sensibilité se traduisant par une sensation de sable du côté malade dans un cas d'hémichorée posthémiplégique, par TARGOWLA. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — Pathologie et étiologie des paralysies obstétricales, par CARTER. (*Boston med. journal*, 4 mai.) — Des paralysies hystéro-opératoires de l'avant-bras et de la main consécutives à des interventions sur le coude, par AUDRY. (*Arch. prov. de chir.*, II, 8.) — Traitement des paralysies par les injections de strychnine, par VON BOLTENSTERN. (*Therap. Monats.*, août.)

Paralysie agitante. — Troubles de l'appareil de la vision dans la maladie de Parkinson, par KŒNIG. (*Soc. de biol.*, 27 mai.) — Paralysie agitante, étude clinique, deux autopsies, par DANA. (*N. York med. journ.*, 10 juin.) — Maladie de Parkinson survenue à la suite d'une chute, par GLORIEUX. (*La Policl. Bruxelles*, 1er avril.)

Paralysie générale. — Sur le diagnostic des paralysies générales, par JAUSSAUD. (*Thèse de Montpellier.*) — La paralysie générale juvénile, par TOULOUSE. (*Gaz. des hôp.*, 24 août.) — Deux grands types de paralysie infantile, par GRASSET. (*N. Montpellier méd.*, 6, p. 85.) — Paralysie générale survenant au moment de la puberté, par WIGLESWORTH. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Des antécédents syphilitiques chez quelques paralytiques généraux. Discussion à la Soc. (*Soc. méd. psych.*, 27 mars.) — Tabes et

paralysie générale, par Fournier. (*Bull. méd.*, 10 juin.) — Tabes et paralysie générale, par Nageotte. (*Thèse de Paris*, 1er fév.) — Sur les rapports du tabes et de la paralysie générale, par Stojanowitch. (*Thèse de Paris*, 8 juin.) — Paralysie générale chez la femme, par Raymond. (*Rev. gén. de clin.*, p. 129.) — Troubles moteurs et sensitifs transitoires à la suite d'une trépanation pour paralysie générale, par Goodall. (*Brit. med. j.*, 15 juillet.)

Parotide.—De l'étiologie des parotidites, par Diaz. (*Thèse de Paris*, 25 mai.) — Ablation d'un volumineux enchondrome parotidien, par Levrat. (*7e Congr. franç. chir., Mercredi méd.*, 19 avril.) — Tumeur mixte de la parotide, par Ferron. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 juin.)

Pathologie. — La place de la pathologie parmi les sciences biologiques, par Woodhead. (*Journ. of path. and bact.*, I, 4.) — Aperçu général sur l'étiologie, par Charrin. (*Semaine méd.*, 27 mai.)

Paupière. — L'eczéma palpébral, par Trousseau. (*Ann. de dermat.*, IV, 5.) — Du ptosis, son traitement chirurgical, par Pertat. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Opération rationnelle de l'entropion consécutif aux granulations, par Masselon. (*Ann. d'ocul.*, juillet.)

Peau. — Étude des fibres élastiques dans les modifications pathologiques de la peau, par Du Mesnil de Rochemont. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 4.) — Etude du tissu élastique dans les néoplasies fibreuses de la peau, par Soffiantini. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 2.) — Revue statistique des maladies cutanées à la clinique annexe de la Faculté de Bordeaux, par Arnozan. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er mars.) — Du diagnostic dans les maladies de la peau, par Du Castel. (*Semaine méd.*, 11 juillet.) — Sur une nouvelle classification des maladies de la peau basée sur l'analyse de mille cas, par Preble. (*Journal american med. Ass.*, 6 mai.) — De l'influence du système nerveux sur certains troubles cutanés, par Ravogli. (*Ibid.*, 6 mai.) — Lésions des muqueuses correspondant aux lésions de la peau, par Shoemaker. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — Dermatite herpétiforme, dermatite papillaire des cheveux et morphée, par Stelwagon. (*Ibid.*, juin.) — Dystrophie papillaire et pigmentaire, par Darier. (*Soc. franç. de dermat.*, 20 juillet.) — Idem, par Hallopeau, Jeanselme et Meslay. (*Ibid.*) — Dermatite exfoliatrice à évolution anormale, par de Beurmann et Claude. (*Ibid.*, 18 mai.) — Dermatite eczémateuse exfoliatrice mercurielle, par Gastou. (*Ibid.*, 8 juin.) — Dermatite scarlatiniforme hémorragique compliquée d'endo-péricardite, par Hallopeau et Brodier. (*Ibid.*, 8 avril.) — Des dermatoses prurigineuses multiformes, par Tommasoli. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVIII, 2.) — Angionévrose de la peau des membres, par Ledermann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 octobre 1892.)—Des pyodermites, par Leloir. (*Bull. méd.*, 20 août.)—Hydrocystome, par Robinson. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — Critique anatomique de quelques kératonoses, par Audry. (*Soc. franç. de dermat.*, 6 avril.) —Des nouveaux médicaments en dermatologie, par Strauss. (*Monast. f. prakt. Dermat.*, XVI, 10.) — L'effluve électrique employée comme moyen de traitement des prurits cutanés rebelles, par Leloir. (*Acad. des sc.*, 12 juin.) — Récents progrès dans le traitement des maladies de la peau et de la syphilis, par Bulkley. (*Journal americ. med. Ass.*, 13 mai.)

Pellagre. — Sur l'étiologie de la pellagre, par Kalindero. (*Roumanie méd.*, I, 2.) — Les formes cliniques de la pellagre, par A. Carraroli. (*La Ri-*

forma medica, 11 mars.) — Un cas de pellagre tabétique, par A. Carraroli. (*Ibid.*, 23 janvier.)

Pemphigus. — Pemphigus généralisé dans un rhumatisme aigu, par Baylin. (*Lancet*, 19 août.) — Du pemphigus, par Payne. (*Lancet*, 19 août.)

Périnée. — Vaginodynie (spasme du périnée), par Frost. (*New York med. journ.*, p. 423, 8 août.) — Etude sur le procédé autoplastique de Tait, par Feis. (*Therap. Monats.*, mai.) — Traitement des déchirures complètes du périnée, par Pozzi. (*7e Cong. franç. chir., Mercredi méd.*, 19 avril.) — Sur la périnéorraphie, par Decès. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.)

Péritoine. — Le péritoine, par Robinson. (*N. York med. journ.*, 3 juin.) — La bactériologie des péritonites, par Barbier. (*Rev. gén. de clin.*, 14, p. 210.) — Péritonite généralisée septique par perforation d'un abcès stercoral appendiculaire. Laparotomie après quarante-cinq heures, guérison, par E. Kummer. (*Revue médic. Suisse romande*, XIII, 52.) — Tuberculose tubaire et péritonéale, par Peterson. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, par Rœrsch. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Laparotomie dans la tuberculose péritonéale, par Mixter. (*Boston med. journal*, 4 mai.) — Péritonite tuberculeuse, laparotomie, guérison, par Courtin. (*7e Cong. franç. chir., Bulletin méd.*, 3 mai.) — Des processus curatifs après laparotomie dans la tuberculose péritonéale bacillaire, par Bumm. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — Laparotomie pour une péritonite tuberculeuse, par Le Dentu. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 205.) — De la péritonite pelvienne chez la femme, importance des trompes de Fallope au point de vue de cette lésion, par Cullingworth. (*Brit. med. j.*, 12 août.) — Valeur de la laparotomie dans certains cas de péritonite pelvienne, cinquante cas, par Cullingworth. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXIV, 4.) — Traitement de la péritonite puerpérale, par Worcester. (*Boston med. journal*, 15 juin.) — Laparotomie pour abcès pelvien et péritonite; ablation d'ovaires suppurés; guérison, par Davis. (*Ibid.*, 1er juin.) — Entérostomie et drainage dans la péritonite septique diffuse, par Henrotin. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Lipomes du mésentère, par Roux. (*7e Cong. franç. chir., Bulletin méd.*, 19 avril.) — Laparotomie et extirpation d'un adénome kystique du péritoine, formation d'un anus artificiel, laparotomie secondaire, résection du côlon, occlusion de l'anus, par Mc Intosh. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Sarcome fasciculé de l'épiploon gastro-colique avec envahissement du pylore. Fragments métalliques dans le tissu cellulaire entourant le tronc brachio-céphalique, par Guérin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 avril.) — Sarcome kystique de la partie supérieure du méso-rectum et du méso de l'S iliaque, par Thiriar. (*Gaz. hebd. Paris*, 20 mai.) — Tumeur kystique de l'épiploon, par Segond. (*Bull. Soc. de chir.*, XIX, p. 300.) — Fibro-sarcome kystique du grand épiploon, par Cazin. (*Soc. anat. Paris*, 28 avril.) — Un cas de sarcome des ganglions rétro-péritonéaux, par L. Pellegrini. (*La Riforma medica*, 1er mars.)

Pharmacologie. — Sur le rapport entre la toxicité et les propriétés physiques des corps, par Richet. (*Soc. de biol.*, 22 juillet.) — Sur la solubilité de quelques sels halogènes dans une série de dissolvants neutres, par Fonzes. (*Thèse de Montpellier.*) — De l'association des médicaments incompatibles, par G. Pattin. (*Revue intern. de thérap.*, 12 avril.) — Etude expérimentale et critique des nouveaux hypnotiques, par Houdaille. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.) — Des essences au point de vue de leurs propriétés antiseptiques, essences de niaouli et cajeput, par Forné. (*Ann. Inst. Pasteur*,

VII, 7.) — Sur la préparation et les caractères du liniment de Rosen, par F. Gay. (*N. Montpellier méd.*, 11, p. 210.) — De l'action de la teinture de cantharides, par Cassaet. (*Soc. de biol.*, 10 juin.) — De la digitale, par Wood. (*Boston med. journal*, 18 mai.) — De l'opium, par Wood. (*Ibid.*, 29 juin.) — Physiologie comparée de la morphine, par Guinard. (*Lyon méd.*, 7 mai.) — Etude physiologique de l'apocodéine, par Guinard. (*Soc. de biol.*, 27 mai.) — Influence de l'apocodéine sur les sécrétions, sur le péristaltisme intestinal et sur le système nerveux, par Guinard. (*Ibid.*, 17 juin.) — Action de la nicotine sur l'organisme animal, par G. Graziani. (*Riforma medica*, 24 avril.) — De l'action de l'aloine sur le rein, par Brandenburg. (*Inaug. Diss. Berlin.*) — Recherches sur l'orexine, par Penzoldt. (*Therap. Monats.*, mai.) — De la caféine et de ses isomères, par Prescott. (*Journ. americ. med. Ass.*, 28 janvier.) — L'action pharmacologique du gelsemium, par Cushny. (*Practitioner*, juillet.) — Transformation de la glycérine dans l'organisme animal, par Roure. (*Thèse de Montpellier.*) — Le gallobromol, par Lépine. (*Semaine méd.*, 28 juin.) — Action antipyrétique des badigeonnages de gaïacol sur la peau, par Robillard. (*Soc. de biol.*, 8 juillet.) — Sur les lésions épithéliales du rein et du foie produites par l'acide pyrogallique, par Pilliet. (*Soc. de biol.*, 24 juin.) — Recherches sur le pouvoir antiseptique de l'oxychinaseptol (diaphtherin), par F. Rohrer. (*Centralbl. f. Bakter.*, XIII, p. 551.) — Sur le chloralose, par J. Sacaze. (*N. Montpellier méd.*, 13, p. 258.) — Sur le chloralose, par Morrill. (*Boston med. journal*, 22 juin.) — De l'action physiologique du parachloralose, par Hanriot et Richet. (*Soc. de biol.*, 10 juin.) — Le trional, nouvel hypnotique, par Mattison. (*Med. News*; 6 mai.) — Etude sur les succédanés de l'iodoforme, par Payré. (*Thèse de Montpellier.*) — Action pharmacologique et emploi thérapeutique des nitrites et de leurs composés, par Leech. (*Brit. med. j.*, 24 juin.) — Sur un dérivé soluble du B-naphtol, par Dujardin-Beaumetz et Stackler. (*Acad. des sc.*, 19 juin.) — Sur un inconvénient de la piperazidine, par Bierenthal. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — Note sur les transformations physiologiques du sulfonal, par Baumann. (*Centralblatt für medicinische Wissenschaften*, 10 décembre 1892.) — Remarques sur la note précédente, par Salkowski. (*Ibidem.*) — Du mercure et de ses composés, par Secousse. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur quelques sels de mercure, par Aubaret. (*Thèse de Montpellier.*) — Etude sur les saponines, par Carquet. (*Ibid.*) — Sur la lanoline et ses applications pharmaceutiques, par Vaury. (*Ibid.*) — Contribution à l'étude de l'élimination de l'arsenic, par Wood. (*Boston med. journal*, 27 avril.)

Pharynx. — Sur les phlegmons infectieux pharyngo-laryngés, par Dudefoy. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De la pharyngite des priseurs, par Deshayes. (*Normandie méd.*, 1er mai.) — Pharyngites hémorragiques, par Natier. (*Rev. int. de rhinol.*, III, 15.) — Pharyngite consécutive aux injections sous-cutanées d'hydrastine, par Von Wild. (*Deutsche med. Woch.*, 13, p. 315.) — La syphilis du naso-pharynx, par Blair. (*New York med. record*, p. 459, 15 avril.) — Sur quelques cas de tuberculose miliaire aiguë de la gorge, par Garel. (*Archivos int. de laring.*, juin.) — Traitement des abcès tuberculeux limités à l'espace rétro-pharyngien, par Kramer (ouverture par le cou). (*Cent. f. Chir.*, 12, 1892.) — Des tumeurs adénoïdes de l'adulte, par Jacques. (*Thèse de Bordeaux.*) — Les tumeurs adénoïdes, par Raugé. (*Semaine méd.*, 3 juin.) — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par Bartoli. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Des tumeurs adénoïdes, par Ménière. (*Bull. méd.*, 27 août.) — Adénome du naso-pharynx dans ses rapports avec la bronchite et l'asthme, par Clark. (*Buffalo*

med. and surg. journ., mai.) — Surdité chronique par végétation adénoïde du naso-pharynx, par Bates. (*N. York med. journ.*, 27 mai.) — Hémorragie causée par des tumeurs adénoïdes du naso-pharynx, par Drinkwater. (*Brit. med. j.*, 24 juin.) — Hémorragie suite de tumeurs adénoïdes, par Yearsley. (*Ibid.*, 22 juillet.) — Sur la douche de gorge en jet, ses indications et la manière de l'employer, par Revillet. (*Lyon méd.*, 23 juillet.) — Polypes naso-pharyngiens congénitaux d'origine ectodermique, par Chapoy. (*Assoc. franç. cong. de Besançon.*) — Polype naso-pharyngien, trachéotomie préventive, tamponnement du pharynx, extirpation par la voie palatine, par Picqué. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 258.) — Des opérations préliminaires et en particulier de la ligature et de la trachéotomie préventive dans le traitement des tumeurs de la cavité bucco-pharyngienne, par Quénu. (*Ibid.*, XIX, p. 289.)

Photographie. — La photographie instantanée du fond de l'œil, par Guilloz. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*)

Pied. — Traitement de l'ongle incarné, par Howard. (*N. York med. journ.*, 27 mai.) — Cure radicale de l'orteil en marteau, par Godin, et discussion. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 372.) — Sur le martellement du gros orteil et sur les mouvements de flexion de l'articulation métatarso-phalangienne du pouce, par Brault. (*Lyon méd.*, 9 juillet.) — Traitement des affections tuberculeuses du pied, par Ollier, Poncet, etc. (*7e Cong. franç. chir. Bulletin méd.*, 7 avril.) — Pied-bot congénital, par Ollier. (*Lyon méd.*, 23 juillet.) — Pied-bot, par Willems. (*7e Cong. franç. chir., Mercredi méd.* 12 avril.) — Pied-bot invétéré chez un adulte, guéri par la résection totale du tarse, par Debaisieux. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 mai.) — Du pied-bot varus équin invétéré et de son traitement, par Delore. (*Revue d'orthopédie*, 1er mars.) — Traitement du pied-bot varus équin par l'ablation de la plupart des os du tarse, par Championnière. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 7 juin.) — Procédé de tarsectomie postérieure, par Félizet. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 353.) — De l'opération de Phelps, par Ozoux. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'arthrodèse tibio-tarsienne dans les pieds-bots paralytiques, par Renault. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Arthrodèse tibio-tarsienne pour un pied bot varus équin paralytique, par Schwartz. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 205.) — Traitement du pied-bot, par Tuppert. (*Münch. med. Woch.*, 18, p. 342). — Traitement de cas graves du pied-bot varus dans l'enfance, par Arbuthnot Lane. (*Lancet*, 19 août.) — Causes d'insuccès dans le traitement du pied-bot grave, par Fisher. (*Lancet*, 27 mai.) — Traitement du pied plat, par Gleisch. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.)

Pigment. — De la pigmentation de la peau consécutive à l'administration de l'arsenic, par Lépine. (*Semaine méd.*, 23 mai.)

Pityriasis. — Etude sur le pityriasis rubropilaire, par Aubry. (*Gaz. hebd. de Paris*, 2, p. 15.)

Placenta. — Formation des annexes embryonnaires et du placenta, par Fournier. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Du placenta prœvia, par Stratz. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVI, 2.)

Plaie. — Blessures par coup de fusil, par Cheever. (*Boston med. journal*, 6 avril.) — Un cas de suicide par la dynamite, par Olavin. (*Wiener med. Presse*, 23 avril.)

Plèvre. — De l'étiologie de la pleurésie exsudative, par Prudden. (*N. York med. journ.*, 24 juin.) — Symptômes et diagnostic de l'épanchement pleural, par Sutherland. (*Lancet,* 22 juillet.) — Pleurésie diaphragmatique simulant une lésion abdominale aiguë, par Fenwick. (*Lancet*, 8 juillet.) — Epanchement pleural pulsatile, par Wilson. (*Med. news,* 15 juillet.) — Des pleurésies métapneumoniques de nature séro-fibrineuse, par Kaufman. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De la pleurésie métapneumonique, par Delezenne. (*Thèse de Lille.*) — Des pleurésies parapneumoniques, par Lemoine. (*Bull. méd. du Nord*, 3. p. 43.) — Complications de la pleurésie, mort subite, par Foster et Thomson. (*Lancet,* 24 juin.) — Eclampsie pleurétique spontanée au cours d'une pleurésie séro-fibrineuse, par Talamon. (*La médecine moderne*, 5 avril, p. 314.) — Diagnostic et traitement de la pleurésie, par Robinson. (*New York med. record*, 25 mars.) — Sur le traitement radical de la pleurésie exsudative, par V. d'Auria. (*Rev. clin. et thérap.*, 10, p. 581, 1892.) — Traitement de la pleurésie exsudative et de la tuberculose aiguë, par Volland. (*Therap. Monats.*, juillet.) — Considérations sur l'empyème, par Renou. (*Bull. soc. de méd. d'Angers*, 2e semestre, p. 14; 1892.) — 'Empyème ouvert à l'ombilic, par Willis. (*Brit. med. j.*, 22 juillet.) — Empyème traumatique communiquant avec l'intestin, par Dulaney. (*Med. news*, 24 juin.) — Pleurésie purulente ouverte à la région lombaire, par Dubrueil. (*N. Montpellier méd.*, 8 et 9, p. 154 et 175.) — Pleurésie purulente terminée par un abcès ouvert dans la région lombaire, par Manillier. (*Lyon méd.*, 13 août.) — Traitement rationnel de la pleurésie purulente, par Archawski. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Troisième étude sur l'opération d'Estlander, par C. Moreau. (*Bull. acad. de méd. Belgique*, 2, p. 194.)

Poil. — Alopécie, par Cutler. (*N. York med. journ.*, 3 juin.) — Des alopécies atrophiques, par Dubreuilh. (*Ann. de dermat.*, IV, 4.) — Alopecia leucodermica, par Haslund. (*Soc. franç. de dermat.*, 7 avril.) — Traitement de l'alopécie et de l'alopécie en aires, par Dumesnil. (*Journal americ. med. ass.*, 13 mai.)

Poumon. — De la congestion pulmonaire, par Dreyfus-Brisac. (*Ann. de méd.*, 12 juillet.) — Sur la contagion de la pneumonie fibrineuse aiguë, par Carlotti. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Recherches sur l'immunisation des lapins contre le pneumocoque à l'aide d'inoculation de cultures virulentes, par Pane. (*Riv. clin. e terap.*, 11, p. 641, 1892.) — Etiologie de la pneumonie croupale, par Lindstrom (*Hygiea*, mars.) — Fièvre pneumonique : sa symptomatologie, par Wells. (*Journal americ. med. ass.*, 4 février.) — Etat du poumon dans la résolution imparfaite ou prolongée de la pneumonie aiguë, par Auld. (*Brit. med. j.*, 24 juin.) — A propos de pneumonie infectieuse, par Combemale. (*Bull. méd. du Nord*, 6, p. 130.) — Pneumonie avec diplocoque de Fraenkel, par Bonsfield (*Lancet*, 1er juillet.) — Sur la pneumonie croupale, par Baccelli. (*La Riforma medica*, 7 mars.) — Hémianasarque d'origine réflexe consécutive à une lésion pulmonaire, spléno-pneumonie, par Rendu. (*Semaine méd.*, 5 juillet.) — Un cas d'endocardite infectieuse pneumonique, par Huchard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 avril.) — De l'hémiplégie pneumonique, par Salomon. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Coexistence d'asthme et de phtisie pulmonaire, 2 cas, par Jacobsohn. (*Berl. klin. Woch.*, 28 nov. 1892.) — Abcès pulmonaire communiquant avec le médiastin postérieur, par Morison. (*London clin. soc.*, 12 mai.) — Traitement de la pneumonie, par Huchard. (*Rev. gén. de clin.*, 16, p. 24.) — Sur le traitement de la pneumonie, par Maddox. (*N. York med. journ.*, 22 juillet.) — Valeur de la strychnine dans le traitement des

affections pulmonaires, par MAYS. (*Med. News*, 22 juillet.) — Un cas de pneumectomie par LOWSON. (*Brit. med. j.*, 3 juin.) — Des malformations costales et de la hernie congénitale du poumon, par TRAPE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sarcome primitif du poumon gauche, par REYMOND. (*Soc. anat. Paris*, 31 mars.) — Un cas de cancer primitif du poumon, par MUSELIER. (*Gaz. méd. Paris*, 13 mai.) — Modification de texture dans l'emphysème vésiculaire, par AULD. (*Lancet*, 1er juillet.) — A propos d'un cas d'emphysème pulmonaire ; étiologie et complication peu fréquentes, par COMBEMALE. (*Bull. méd. du Nord*, 9, p. 185.) — Le pneumothorax sous diaphragmatique, par GILLET. (*Rev. gén. de clin.*, 11, p. 63.) — Sur la pression intra-pleurale dans le pneumothorax, par ARON. (*Archiv f. pathol. Anatom.*, CXXXI, 2.) — Du pneumothorax dans l'enfance, par CNOPF. (*Münch. med. Woch.*, 7 et 8.)

Prostate. — Hypertrophie générale de la prostate avec formation d'une tumeur péritonéale de la grosseur d'une pomme, par MARCHAND. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 janvier.) — De l'intervention chirurgicale dans l'hypertrophie de la prostate, par GERVAIS DE ROUVILLE. (*Gaz. des hôp.*, 10 juin.) — Prostatectomie, par ARMSTRONG. (*Montreal med. journ.*, mars.) — A propos de deux observations de cancer de la prostate, par CARLIER. (*Bull. méd. du Nord*, 9, p. 196.)

Psoriasis. — Du psoriasis unguéal, par MÉNEAU. (*Soc. franç. de dermat.*, 7 avril.) — Conclusions thérapeutiques sur l'emploi du gallanol dans le psoriasis et l'eczéma, par CAZENEUVE et ROLLET. (*Lyon méd.*, 27 août.)

Psychologie. — Des équivoques des caractères sexuels accessoires, par FÉRI. (*Revue de méd.*, juillet.) — Psychologie physiologique, par H. GASSER. (*New York med. record*, p. 554, 6 mai.)

Psychose. — Psychose traumatique, par JACOBSON. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXV, 13.) — Sur les psychoses séniles, par PECHARMAN. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Contribution à l'anatomie pathologique des psychoses puerpérales, par B. FEIST. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXX, 3.) — Psychoses et névroses suites d'accidents de chemins de fer, par DROBNER. (*Boston med. journ.*, 19 mars.) — Des hallucinations, par GRASHEY. (*Münch. med. Woch.*, 8 et 9, pp. 153 et 174.) — Psychoses post-influenziques et post-fébriles, la confusion mentale, par TOULOUSE. (*Gaz. des hôp.*, 30 mai.) — Du délire sympathique au cours des psychoses, par MOUNDLIE. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — Des psychoses menstruelles au point de vue médico-légal, par SCHWOB. (*Thèse de Lyon.*)

Puerpéral. — Du diabète et de la glycosurie physiologique dans l'état puerpéral, par TROUILLARD. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Infection puerpérale au point de vue bactériologique de l'auto-infection, par WILLIAMS. (*Ass. j. of med. sc.*, juillet.) — Des arthrites puerpérales de la symphyse sacro-iliaque ; diagnostic, pronostic, traitement, par BUDIN. (*Progrès médical*, 1er avril.) — Endométrite puerpérale avec phlébite utéro-ovarienne, gangrène embolique des poumons et des glomérules des reins, par VIRCHOW. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 122, 30 janvier.) — Septicémie puerpérale ; laparotomie, par CORDIER. (*Journal americ. med. ass.*, 20 mai.) — Curetage de l'utérus puerpéral, par GASTON. (*Thèse de Bordeaux.*)

Purpura. — Un cas de purpura rhumatoïde infectieux mortel, par SZCZYPIORSKI. (*Gaz. des hôp.*, 22 août.) — Examen du sang dans le purpura hemorragica, par DENYS. (*Centralbl f. allgem. Path.*, IV, n° 5.)

Pyohémie. — Bactériologie de l'infection purulente, par Arloing. (*Lyon méd.* 23 juillet.) — Bactériologie de l'infection purulente chirurgicale, par Arloing et Chantre. (*Lyon méd.*, 27 août.) — Sur l'origine microbienne de l'infection purulente chirurgicale, par Arloing et Chantre. (*Acad. des sc.*, 14 août.) — Cas de guérison de pyohémie, par Zehnder. (*Münch. med. Woch.*, 9, p. 171.)

R

Rachis. — Moyen de diagnostic de la courbure latérale du rachis, par Tomes. (*Med. News*, 29 avril.) — Mesure photographique de la scoliose, par Ohler. (*Zeit. f. orthop. Chir.*, II, 1.) — Des déviations latérales simulant la scoliose dans le mal de Pott, par Brunelle. (*Thèse de Lille.*) — Mal de Pott simulant la scoliose, par Marlier. (*Rev. d'orthop.*, 1er mai.) — Sur les nouveaux modes de traitement de la scoliose par la mécanicothérapie et les corsets, par Hurd. (*Boston med. Journ.*, 30 mars.) — Traitement des incurvations latérales au moyen de pressions correctives, par Bradford. (*Ibid.*, 11 mai.) — Des kystes dermoïdes et des fistules congénitales de la région sacro-coccygienne, par Gérard-Marchant. (*Tribune médicale*, 27 avril.) — Cancer du sternum et du rachis, par Virchow. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 122, 30 janvier.) — De la symptomatologie des fractures indirectes du rachis, par Salmon. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Fracture du rachis, par Davies. (*Lancet*, 22 juillet.) — De la mort rapide et subite dans les fractures du rachis, par Rocas. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — De la trépanation du rachis dans les fractures de la colonne, par Marion. (*Thèse de Bordeaux.*) — Fracture de la colonne vertébrale ; trépanation ; grande amélioration, par Villar. (7e *Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 3 mai.) — 2 opérations de laminectomie, par Delorme. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 264.) — La chirurgie spinale, opération sur le rachis pour les lésions de la moelle, par Phelps. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.)

Rachitisme. — Trois cas vivants d'achondroplasie, rachitisme fœtal, par Thomson. (*Edinb. med. j.*, juin.)

Rage. — La répartition et la prophylaxie de la rage, par Weber et Teisserenc de Bort. (*Rev. scientif.*, 5 août.) — Essai sur l'histoire de la rage avant le xixe siècle, par de Tornery. (*Thèse de Paris*, 18 mai.) — Études sur la rage et sur la vaccination antirabique, par Babes. (*Roumanie méd.*, I, 3.)

Rate. — Sur le pronostic et le traitement des ruptures de la rate, à propos d'un cas suivi de guérison chez un paludique, par Vincent. (*Rev. de chir.*, juin.) — Extirpation d'une rate hypertrophiée et tombée dans le petit bassin, par Richelot. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 14 juin.)

Rectum. — Prolapsus du rectum avec invagination de l'S iliaque, par Julliard. (*Rev. méd. Suisse romande*, XII, 732.) — Traitement du prolapsus complet du rectum par la procrectomie postérieure, par Roberts. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Absence congénitale du rectum. Nouveau procédé d'intervention, par Delagénière. (7e *Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 19 avril.) — Des adénomes du rectum, par Loréol. (*Thèse de Paris*,

13 juillet.) — Du mélanosarcome primitif du rectum, par Brauer. (*Inaug. diss. Fribourg.*) — Cancer du rectum, colotomie inguinale droite, par Cooper. (*Lancet*, 8 juillet.) — Traitement des cancers inopérables du rectum, par Reclus. (*Mercredi méd.*, 9, p. 97.) — Un procédé d'ablation partielle du rectum par les voies naturelles, par Hartmann. (7e *Cong. franç. chir.*, *Mercredi méd.*, 19 avril.) — De l'extirpation des cancers du rectum, par Reclus. (*Union médicale*, 18 février.) — Colotomie inguinale pour un adénome malin du rectum ; autopsie, par Munro. (*Boston med. Journal*, 11 mai.)

Rein. — Les nerfs intrinsèques du rein, par Berkley. (*Journ. of path. and bacter.*, I, 4.) — Anomalie de l'uretère chez la femme, par Bois. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 371.) — Rétablissement de la continuité de l'uretère d'un chien après division transversale de ce conduit, par Weller van Hook. (*Journal Amer. med. Ass.*, 4 mars.) — Néphropathie par étroitesse congénitale ou aplasie du système artériel, par Lancereaux. (*Bull. méd.*, 21 juin.) — Infection du rein et du bassinet secondaires à la compression des uretères par l'utérus gravide, par Bormeau. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — De la néphrite gravidique, par Lancereaux. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Du rein dans la grossesse et de la néphrite gravidique, par Fischer. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIV, 2.) — Le mal de Bright épidémique, par Fiessinger. (*Rev. de méd.*, mai.) — Sur le mal de Bright sans albuminurie, par Lépine. (*Lyon méd.*, 9 juillet.) — Étude sur le brightisme, par Dieulafoy. (*Bull. acad. méd.*, 6 juin.) — Diagnostic de l'insuffisance rénale, par Jones. (*N. York med. Journ.*, 22 juillet.) — Traitement de l'insuffisance rénale, par de Lancey Rochester. (*Ibid.*) — De la teinture de cantharides dans les néphrites épithéliales, par Collen. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement de la néphrite aiguë, par Peter. (*Rev. intern. de thérap.*, 26 avril.) — Diagnostic et traitement de la dernière période du mal de Bright, par Boardman Reed. (*N. York med. record*, p. 397, 1er avril.) — Formes cliniques de la tuberculose rénale, par Tuffier. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 5 juillet.) — Etude anatomopathologique et thérapeutique de la tuberculose rénale, par Giral. (*Thèse de Montpellier.*) — Du rein palpable et du rein mobile, par Hilbert. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, L. p. 483.) — Des uretérites et de leur traitement chirurgical, par Rousseau. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Deux cas d'hydronéphrose intermittente, par Gérard Marchant. (*Gaz. des hôp.*, 1er juin et *Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 340.) — Hydronéphrose intermittente, néphrectomie, par Monod. (*Ibid.*) — De l'hydronéphrose intermittente, par Faurichon. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Hydronéphrose aseptique, par Frumussiane. (*Soc. anat. Paris*, 7 avril.) — Rein droit mobile. Hydronéphrose intermittente ; néphrorraphie, guérison, par Pousson. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 avril.) — Pyonéphrose et néphrotomie, par F. Guyon. (*Rev. gén. de clin.*, 17, p. 257.) — Fistule uretérale consécutive à une hystérectomie vaginale, pyonéphrose consécutive, néphrectomie lombaire, guérison, par Picqué. (*Gaz. des hôp.*, 4 juillet et *Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 429.) — La question de la néphrorraphie, par Neumann. (*Thèse de Berlin*, 1892.) — De la résection des reins, par Kummell. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Quatre cas heureux de néphrectomies, par Richardson. (*Boston med. Journal*, 13 avril.) — Gros reins kystiques, par Baudry. (*Journ. méd. Bordeaux*, 18 juin.) — Contribution à la casuistique des tumeurs rénales, par G. Pugliesi. (*Il Morgagni*, janvier, p. 57.) — Fibro-sarcome kystique du rein gauche avec oblitération de l'uretère, lithiase en branche de corail du calice et des bassinets vaste pyonéphrose

consécutive, par Boinet et Aslanian. (*Rev. de méd.*, août.) — Carcinome de la capsule surrénale gauche, suivi des symptômes de la maladie d'Addison, par Reiche. (*Centr. f. allg. Path.*, IV, 1.) — Sarcome mélanique du rein, par Courmont. (*Lyon méd.*, 27 août.)

Résection. — Résection orthopédique du poignet, par Chaintre. (*Association franç. Congrès de Besançon,*) — Des résections de la main et du pied, par Attillio Catterina. (*Thèse de Padoue.*) — Résection de la hanche par l'évidement de la tête et du col du fémur in situ, par Vaslin. (*Bull. soc. de méd. Angers* ; 2e semestre, p. 32, 1892.) — 130 cas de résection du genou, par Howse et Newton Pitt. (*Guy's hosp. Rep.*, XXXIV, p. 169.) — Deux cas de résection du genou, par Moore. (*Journal Americ. med. Ass.*, 1er avril.) — De la résection dans les arthrites infectieuses aiguës du genou consécutives aux plaies pénétrantes de cette articulation, par Lagoutte. (*Gaz. hebd. Paris*, 13 mai.) — Résection du genou sans suture osseuse, sans drainage et sans hémostase, par Vaslin. (*Bull. soc. de méd. d'Angers ;* 2e semestre, p. 22, 1892.) — Résection tibio-tarsienne chez un vieillard de 63 ans, par Roux. (*Bull. soc. de Chir.,* XIX, p. 337.)

Respiration. — Influence du milieu sur la respiration chez la grenouille, par Dissard. (*Acad. des Sc.*, 15 mai.) — Sur l'influence de la respiration forcée sur le tonus du myocarde avec des observations thérapeutiques, par Heitler. (*Centralbl. f. gesammte Therap.*, janvier.) — Remarques anatomo-physiologiques sur le phénomène diaphragmatique décrit par Litten dans la respiration normale, par Becker. (*Deutsche med. Woch.*, 3, p. 54.) — Sur l'absorption par le sang de l'hydrogène et du protoxyde d'azote introduits dans les poumons, élimination de ces gaz, par Gréhant. (*Soc. de biol.* 10 juin.) — Sur l'oxygène du sang artériel dans les variations de la capacité respiratoire, par Meyer et Biarnès. (*Ibid.,* 29 juillet.) — Influence des maladies, en particulier des états anémiques, sur les échanges respiratoires gazeux, par Kraus. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 4 et 5.) — Des mouvements du diaphragme dans la respiration normale, par Litten. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 nov. 1892.) — De la respiration dans le chant, par Joal. (In-16, 238 p., Paris.)

Rétine. — La rétine des vertébrés, par Ramon y Cajal. (*La Cellule*, IX, 1.) — Le réflexe de la lumière sur les vaisseaux de la rétine, par Story. (*Dublin journ. of med. sc.*, octobre 1892.) — De la rétinite albuminurique unilatérale, par Marple. (*New York med. record.,* 11 mars.) — Cas de rétinite proliférante, par Uhthoff. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 janvier.) — Nouveau traitement chirurgical du décollement de la rétine, par Abadie. (*Soc. d'opht. Paris*, 6 juin.) — Guérison spontanée du décollement rétinien, par Dor. (11e *Cong. soc. franç. d'opht.*, 1er mai.) — Contribution à l'étude des kystes de la rétine, par Dutilleul. (*Bull. méd. du Nord*, 1 ; p. 1.) — Cylindrogliome de la rétine, par Schöbl. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, avril.)

Rhumatisme. — Études cliniques sur le rhumatisme articulaire, par A. Stoll. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LI, p. 50.)— Des formes graves du rhumatisme chronique, par Virchaux. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — De l'œdème dur rhumatismal, par J. Robin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 28 mai.) — Rhumatisme articulaire aigu réveillé par un traumatisme, par Michel. (*Union médicale*, 27 avril.) — Péricardite aiguë, endocardite et pneumonie suite de rhumatisme, guérison, par Forbes. (*Lancet*, 26 août.) — Rhumatisme comme cause de surdité, par Vadakin. (*N. York med. journ.*, 15 juillet.)—

Folie rhumatismale, guérison, par MOUTET. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — L'hydrothérapie dans les maladies organiques du cœur consécutives au rhumatisme, par G. STUFLER. (*Giornale intern. delle sc. med.*, XV).

Rougeole. — Relation d'une épidémie de rougeole à Montpellier en 1892-93, par CHABRILLAT. (*Thèse de Montpellier.*)

Rubéole. — Epidémie de rubéole, par MEREDITH. (*Lancet*, 22 juillet.)

S

Salivaire. — Sur un groupe des glandes salivaires de la tortue grecque, glandes juxta-maxillaires, par PILLIET. (*Soc. anat. Paris*, 21 avril.) — Sur la synthèse microbienne du tartre et des calculs salivaires, par GALIPPE. (*Acad. des sc.*, 8 mai.) — Sur les tumeurs des glandes salivaires, par POUJOL. (*Thèse de Montpellier.*)

Sang. — Études cliniques et expérimentales sur le sang, par GRAWITZ. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 4 et 5.) — Sur les plasmodies du sang, par TREKAKI et PETRIDES. (*Soc. anat. Paris*, 24 mars.) — Sur la présence des cellules eosinophiles dans le sang humain, par ZAPPERT. (*Wiener med. Presse*, 14 mai.) — Détermination du volume des hématies à l'aide de l'hématocrite de Gaertner et de la toupie centrifuge, par FRIEDHEIM. (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 janvier.) — Sur les parasites endoglobulaires du sang de l'alouette, par LABBÉ. (*Soc. de biol.*, 15 juillet.) — Recherches sur le sang des individus vivant sous les tropiques, par MAX. GLOGNER. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXII, 2.) — Analyse spectroscopique du sang par l'examen direct des tissus, par HÉNOCQUE. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Pression sanguine, par OLIVER. (*Practitioner*, juin.) — Moyen de déterminer la coagulabilité du sang et effets des sels de calcium dans les hémorragies, par WRIGHT. (*Brit. med. j.*, 29 juillet.) — De la coagulation du sang, par WRIGHT. (*Journ. of path. and bacter.*, I, 4.) — Sur la glycolise dans le sang normal et dans le sang diabétique, par LÉPINE et METROZ. (*Acad. des sc.*, 17 juillet.) — Des gaz du sang afférent des capsules surrénales, par CHASSEVANT et LANGLOIS. (*Soc. de biol.*, 1er juillet.) — Des variations de la toxicité du sérum sanguin dans les affections cutanées, par QUINQUAUD. (*Soc. franç. de dermat.*, 18 mai.) — Recherches à propos des objections récemment élevées contre le pouvoir bactéricide du sang, par DENYS et KAISIN. (*La Cellule*, IX, 2.)

Sarcome. — Sarcome du poumon droit secondaire à un sarcome du testicule enlevé 4 années auparavant, par PRENTIN. (*Med. News*, 1er juillet.) — Traitement d'un volumineux sarcome myelogène du tibia, par NEUMANM. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.)

Saturnisme. — Encéphalopathie saturnine, par J. O'CARROLL. (*Dublin journ. of med. sc.*, janvier.) — Empoisonnement chronique par le plomb dans une manufacture d'acier, par ORMROD. (*Brit. med. j.*, 17 juin.)

Scarlatine. — Scarlatine chez l'adulte, par GIMMEL. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LI, p. 26.) — Les effets pathologiques de certaines substances dérivées de la rate dans la scarlatine, par BOKENHAM et FENWICK. (*Brit. med. j.*, 19 août.) — Trois cas de scarlatine avec rechute dans une même famille,

par Kennedy. (*New York med. record*, p. 461, 15 avril.) — Sur une forme de stomatite pseudo-membraneuse survenant dans le cours de la scarlatine, par Gestat. (*Thèse de Paris,* 25 juillet.) — Scarlatine dans la grossesse, infection du fœtus, par Ballantyne. (*Edinb. med. j.*, juillet.) — Onctions antiseptiques dans la scarlatine, par Curgenven. (*Med. Magazine*, juin.)

Scrofule. — Nature et pathogénie de la scrofule, par Bloch. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*)

Sensibilité. — Troubles de la sensibilité, de la douleur dans les maladies viscérales, par Head. (*Brain*, nos 61 et 62.) — Sur la différenciation des organes de la sensibilité thermique et de ceux de la sensibilité à la pression, par E. Cavazzani. (*Giornale Accad. di med. Torino*, février, p. 110.)

Septicémie. — Symptômes et traitement de l'intoxication septicémique dans l'état puerpéral, par Mc Cann. (*Lancet,* 24 juin.) — Diagnostic et traitement précoces de la septicémie obstétricale, par Reynolds. (*Boston med. journal*, 1er juin.) — Septicémie suraiguë par infection digitale d'origine puerpérale, par Poncet. (*Gaz. des hôp.*, 15 juin.) — Septicémie, son traitement par l'oxygène, par Currier. (*Americ. j. of obst.*, juin.) — Un cas de pyo-septicémie chronique, par D. Sergi-Trombetta. (*Il Morgagni*, février, p. 112.) — Sur une forme suraiguë de septicémie médicale observée chez des enfants très jeunes, par Hutinel et Claisse. (*Rev. de méd.*, mai.)

Serpent. — Trois cas de morsure de serpent traités par les injections de chlorure d'or au centième, par Alquier. (*Arch. de méd. nav.*, juillet.)

Sommeil. — Attaques périodiques de sommeil de nature épileptique, par Jacoby. (*N. York med. journ.*, 20 mai.)

Spina bifida. — Spina bifida de la région cervicale, par Marshall. (*Lancet*, 20 mai.) — Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur le spina bifida et les hernies cérébrales, par Hildebrand. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVI, 5 et 6.) — Volumineux spina bifida de la région lombaire communiquant avec le canal rachidien, extirpation, par Ricard. (*Bull. soc. de chir.,* XIX, p. 198.) — Traitement du spina bifida, par Monod. (*Ibid.*, p. 207.) — Traitement du spina bifida, par Hildebrand. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 1.)

Strabisme. — Simplification de la technique de l'avancement musculaire et capsulaire dans le traitement du strabisme, par Grandclément. (*Soc. franç. d'opht.*, 3 mai.) — Théorie du traitement chirurgical du strabisme, par Motais. (*Ibid.*) — Traitement du strabisme, par Parinaud. (*Ibid.*, 2 mai.) — Traitement du strabisme, par Wilder. (*Journ. americ. med. Ass.*, 17 juin.)

Sueur. — Action de la tuberculine et de la malléine sur la sécrétion sudorale, par Cadiot et Roger. (*Soc. de biol.*, 22 juillet.)

Surdi-mutité. — Contribution à l'étude de la répartition géographique de la surdi-mutité, par Nimier. (*Ann. mal. de l'or.,* mai.) — Pathologie de la surdi-mutité, par Kerr-Love. (*Arch. of otology.*, juillet.) — Description des temporaux de sourds-muets du musée de Copenhague, par Mygind. (*Ibid.*, juillet.) — Le pouvoir auditif chez les sourds-muets, examen de 175 sujets, par Kerr-Love. (*Ibid.*, avril.)

Syphilis. — De la syphilis atténuée, par Paul. (*Soc. de thérap.*, 26 juillet.) — Syphilis et massage, par Mannino. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVII, 2.) — Contagion d'une nourrice par son nourrisson syphilitique, prophylaxie, par P. Raymond. (*Gaz. des hôp.*, 20 mai.) — Sur un cas de syphilis par conception, par Chambrelent. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 2 juillet.) — Syphilis acquise chez les enfants, par Cuthbert. (*Americ. j. of obst.*. mai.) — Syphilis acquise dans le jeune âge, par Fournier. (*Annales de méd.*, 17 mai.) — Six cas de chancres extra génitaux, par Gold. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 5.) — Chancres extra-génitaux, par Barjon. (*Lyon méd.*, 11 juin.) — Deux cas de chancre labial chez des cigariers, par Gottheil. (*Med. News*, 15 juillet.) — Double chancre infectant, labial et mammaire, par G. Lewin. (*Berlin. klin. Wochens*, p. 125, 30 juin.) — Chancres syphilitiques de l'index et de la lèvre inférieure, par Dubois-Havenith. (*La policlinique Bruxelles*, 1er mai.) — Sur le chancre induré des paupières, par Aumont. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Chancre syphilitique du col utérin, par Dubreuilh. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er mars.) — Nouveau cas de réinfection syphilitique, par Diday et Doyon. (*Ann. de dermat.*, IV, 4.) — La production de lésions tertiaires conséquence d'une infection locale directe, par Klotz. (*Journ. of cutan. dis.*, juillet.) — Étiologie de la syphilis tertiaire (traitement insuffisant ou nul des accidents secondaires), par E. Lesser. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 49, 15 janvier.) — Syphilis maligne, mort, par Roussel. (*Med. News*, 20 mai.) — Un cas de durée exceptionnellement prolongée de la syphilis secondaire (hérédité de la syphilis neuf ans après l'infection), par Spillmann. (*Rev. méd. de l'Est*, 6, p. 167.) — De la méningo-myélite syphilitique, par Lamy. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Méningo-myélite syphilitique et rachialgie nocturne, par Charcot. (*La Médecine moderne*, 17 juin.) — Des myélites syphilitiques, par Kasimir. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De la paralysie spinale syphilitique, par Kirh. (*Zeit. f. Nervenh.*, III, 6.) — Syphilose disséminée de l'axe cérébro-spinal, par Mendel. (*Soc. franç. de dermat.*, 18 mai.) — D'une amyotrophie spinale progressive chez des syphilitiques, par Poussard. (*Thèse de Paris*, 25 mai.) — Syphilis pulmonaire, gomme du poumon droit, guérison par le traitement spécifique, par Feulard. (*Soc. franç. de dermat.*, 18 mai.) — Sur la syphilis pulmonaire, par Jullien. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 avril.) — Diagnostic et traitement de la syphilis pulmonaire, par Chrétien. (*Union médicale*, 20 avril.) — Des pleurésies syphilitiques, par Rochon. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Gomme syphilitique de la paupière supérieure, par Fisher. (*Journal Americ. med. Ass.*, 3 juin.) — Un cas rare de syphilis héréditaire, de la kératite interstitielle, par Ogilvie. (*Lancet*, 10 juin.) — A propos de la syphilis oculaire et de son traitement, par Chibret. (*Ann. d'ocul.*, juillet.) — Manifestations syphilitiques du côté de l'œil et de la gorge, ulcères de l'épiglotte, strabisme, paralysie oculaire, par Parker. (*Med. News*, 29 avril.) — Des gommes syphilitiques de la conjonctive, par Petit. (*Thèse de Bordeaux.*) — Syphilis de l'épiglotte, du foie et des poumons, par Wirchow. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 122, 30 janvier. — La syphilis secondaire de la langue, par Audry. (*Midi méd.*, 21.) — Un cas douteux d'hépatite hérédo-syphilitique tardive, par Pagliano. (*Marseille médical*, 6, p. 153.) — De l'albuminurie dans la syphilis, par E. Schwimmer. (*Wiener med. Wochenschr.*, 50 à 52, 1892.) — La syphilis du rein, par de Grandmaison. (*Gaz. des hôp.*, 1er juillet.) — Examen histologique des reins dans un cas de mal de Bright syphilitique précoce, par Darier. (*Soc. franç. de dermat.*, 20 juillet.) — De la syphilis des os chez les enfants, par Renard. (*Thèse de Lille*, et *Rev. d'orthopédie*, 1er mai.) — Leucomélanodermie syphilitique, par Fournier. (*Soc. franç. de dermat.*, 8 juin.) — Un cas de rupia syphilitique, par Bothezat. (*N.*

Montpellier méd., 13, p. 245.) — Prophylaxie de la syphilis en Roumanie, par Petrini-Galatz. (*Roumanie méd.*, I, 2.) — Prophylaxie des maladies vénériennes. Rapport de la Commission de la Société médicale de Berlin, par Max Wolff. (*Deutsche Viertelj. l. œffentl. Gesundheitspflege*, XXV, 39.) — La prophylaxie des maladies syphilitiques et de la nouvelle loi sur la police des mœurs, par P. Lupo. (*Il progresso medico*, 15 février.) — Sur le tannate de mercure dans le traitement de la syphilis, par Audigier. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Comment on doit instituer le traitement mercuriel, par Mauriac. (*Rev. gén. de clin.*, 15, p. 225.) — Le savon au calomel dans le traitement de la syphilis, par Watraszewski. (*Soc franç. de dermat.*, 18 mai.) — Sur l'emploi du salicylate de mercure dans le traitement de la syphilis, par Galerni. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — Sur le gallate de mercure, nouvelle préparation antisyphilitique, par Brousse et Gay. (*Acad. des sc.*, 31 juillet.) — Excision du chancre comme traitement abortif de la syphilis, par Mc Guire. (*N. York med. journ.*, 6 mai.) — Le traitement des syphilides secondaires, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 8 août.)

T

Thorax. — De la rupture des abcès froids, tuberculeux des parois thoraciques dans les bronches, par Messner. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Contribution à l'étude de la chirurgie du diaphragme. Suture pour plaies du diaphragme, par les méthodes de Postempski et Rydygier modifiées, par G. Parlavecchio. (*La Riforma medica*, 17 avril.)—Encéphaloïde du médiastin ayant envahi le foie et rétréci la bronche droite, par Virchow. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 102, 23 janvier.)

Thrombose. — Thrombose de la veine fémorale dans la phtisie, par Dodwell. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — De la coagulation intra-vasculaire et de la thrombose pulmonaire, par Fayrer. (*Brit. med. j.*, 22 juillet.)

Thymus. — Sur le développement organique et histologique des dérivés branchiaux, thymus, par Prenant. (*Soc. de biol.*, 27 mai.) — Sur la réviviscence du thymus dans certaines affections présentant des altérations du corps thyroïde ou de quelque autre glande vasculaire sanguine, par P. Marie. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 février.)

Thyroïde. — Étude anatomique du corps thyroïde et des goîtres, par Rivière. (*Thèse de Lyon.*) — Sur la présence de fibres musculaires striées dans le corps thyroïde, par F. Carobianco. (*La Riforma medica*, 29 mars.) — Sur la polypnée des chiens thyroïdectomisés, par Gley. (*Soc. de biol.*, 13 mai.) — Nouvelle note sur les effets de la thyroïdectomie chez le lapin, par Gley. (*Ibid.*, 1er juillet.) — Accès de goître aigu pendant la grossesse, par Clopatofsky. (*Journ. de méd. Paris*, 18 juin.) — Des thyroïdites infectieuses, par Jeanselme. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.) — Sur l'étiologie du goître, par Terriau. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Adénome kystique aberrant du corps thyroïde, par Pilliet. (*Soc. de biol.*, 10 juin.) — Adénome kystique aberrant du corps thyroïde, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, juin, p. 391.) — Epithéliome généralisé du corps thyroïde, par Dreyer.

DUFER. (*Ibid.*, p. 410.) — Des métastases osseuses dans le cancer de la thyroïde, par VON EISELSBERG. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Sténose trachéale par cancer thyroïdien, par KATZENSTEIN. (*Soc. de laryng. Berlin*, 20 janv.) — Discussion de la Société des médecins de Zurich sur les causes de la mort subite chez les goîtreux. (*Correspondenz.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 334, 1er mai.) — Exothyropexie, par PONCET. (*Lyon méd.*, 14 mai.) — Etude de deux cents opérations de goître, remarques sur les résultats terminaux, par SULZER. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVI, 3 et 4.)— Maladie de Basedow, par MARIE. (*Ann. de méd.*, 2 août.) — Des perturbations mentales dans le goître exophtalmique, par Mme PILLET. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Maladie de Basedow et tabes, obs. avec autopsie, par JOFFROY et ACHARD. (*Arch. de méd. expér.*, V, 3.) — Pathologie et traitement de la maladie de Graves, par THOMSON. (*N. York med. journ.*, 3 juin.) — Les indications de la médication thyroïdienne, par ELOY. (*Bull. méd.*, 28 mai.)

Torticolis. — Traitement du torticolis spasmodique par la résection des nerfs, par SMITH. (*Lancet*, 26 août.) — Du torticolis par rétraction, par E. ROCHARD. (*Union médicale*, 4 mars.)

Trachée. — Les indications de la trachéotomie et de l'intubation, par BURRELL. (*Boston med. journal*, 6 avril.) — Sténose de la trachée après trachéotomie, par LEECH. (*Lancet*, 3 juin.) — Trachéotomie chez un enfant de 19 mois, guérison, par SMITH. (*Virginia med. Monthly*, mars.)

Transfusion. — La transfusion du sang immédiate du chien à l'homme, par DE DOMINICIS. (*Soc. de biol.*, 27 mai.)

Tremblement. — Sur un cas de tremblement parkinsonien hémiplégique symptomatique d'une tumeur du pédoncule cérébral, par BLOCQ et MARINESCO. (*Soc. de biol.*, 27 mai.)

Trichinose. — L'épidémie de trichinose de La Préalle-Herstal, par PUTZEYS. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 3, p. 251.)

Tuberculose. — Sur l'hérédité de la tuberculose, quelle part revient à l'hérédité et à la contagion dans l'étiologie de cette maladie, par REMLINGER. (*Thèse de Lyon.*) — De la contagion de la phtisie, par HOPKINS. (*Journal americ. med. Ass.*, 20 mai.) — Mortalité tuberculeuse comparée dans les asiles d'aliénés et les prisons de Bavière, par Otto WEISS. (*Münchener med. Woch.*, 17 janv.) — Trouve-t-on plus de guérisons de tuberculose dans les hôtels des stations du Midi que dans les établissements du Nord? par HEINZELMANN. (*Ibid.*, 13, p. 244.) — Les poissons peuvent-ils être des intermédiaires dans la transmission de la tuberculose? par COMBEMALE (expérimentation avec résultats négatifs). (*Bull. méd. du Nord*, 8, p. 161.) — Habitat du tuberculeux. Longue durée de la virulence des crachats. Transmission de la tuberculose dans un logement occupé deux ans auparavant par un tuberculeux; par DOR. (*Bulletin gén. de thérap.*, 30 mai.) — Influence des conditions d'âge, de sexe et sociales sur le développement de la tuberculose, par HOLSTI. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXII, 4 et 5.) — De l'auto-infection tuberculeuse, par LEFEBVRE. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.)— Des associations microbiennes de la tuberculose, par ARRIBAT. (*Thèse de Montpellier.*) — Rôle microbicide des sucs digestifs sur le bacille de Koch, transmission de la tuberculose par les matières fécales, par CADÉAC et BOURNAY. (*Soc. de biol.*, 10 juin.) — Présence de la tuberculose des galli-

nacés chez l'homme et chez les mammifères, par Kruse. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XII, 3, p. 544.)—Recherche des bacilles tuberculeux dans les crachats, par Reynès. (*Marseille médical*, 7, p. 202). — Action efficace de la température sur le bacille tuberculeux (66 degrés pendant vingt minutes), par Bonhoff. (*Hyg. Rundschau*, II, 23, p. 1009.) — Méthode de Kaufmann pour colorer le bacille tuberculeux, par Bishop. (*N. York med. journ.*, 29 avril.) — Tuberculose humaine et aviaire, par A. Parsons. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 324, oct. 1892.) — Des pseudo-tuberculoses microbiennes, par Plancard. (*Thèse de Montpellier.*) — Deux nouveaux cas de tuberculose congénitale, par Thiercelin et Londe. (*La Médecine moderne*, 22 avril.) — Des rapports de la tuberculose et du cancer, thérapeutique antimicrobienne par les ferments figurés, par de Backer et Bruhat. (*Rev. gén. de l'antisepsie*, 25 juin.) — Sur un cas de dégénérescence amyloïde diffuse par tuberculose intestinale, par C. Bozzolo. (*La Riforma medica*, 1er avril.) — Tuberculose iléo-cœcale, par Luzzatto. (*Ibid.*, 22 mars.)—Des troubles nerveux chez les tuberculeux, par Weill. (*Rev. de méd.*, juin.) — Le cœur chez les tuberculeux, par Bezançon. (*Ann. de méd.*, 28 juin.) — Sur l'antagonisme de la tuberculose et du rhumatisme aigu, par Closac. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — De la dyspnée dans la phtisie chronique, par Faisans. (*Semaine méd.*, 31 mai.) — Sur le traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire, par Lafon. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Phtisie à marche rapide très améliorée par les lavements gazeux, par Bergeon. (*Lyon méd.*, 21 mai.) — Des injections sous-cutanées d'iode métallique dans la tuberculose pulmonaire, par Mantelin. (*Thèse de Lyon.*) — Des injections hypodermiques de créosote et d'aristol dans la tuberculose pulmonaire, par Mathieu. (*Thèse de Lyon.*) — Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques d'huile camphrée, par Sézary et Barillon. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Contribution casuistique et étiologique à la tuberculose génitale primitive de la femme, par Frankenburger. (*Münch. med. Woch.*, 17, p. 317.) — La tuberculose rétro-calcanéenne, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 8 juin.) — Traitement des tuberculoses chirurgicales suppurées par l'eau bouillante, par Jeannel. (*Bull. Acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 10 mai.) — Sur les indications thérapeutiques dans les tuberculoses chirurgicales, par Bouju. (*Thèse de Paris*, 14 juin.)

Tumeur. — Tumeurs coccidiennes dans l'intestin grêle du mouton, par Nocard. (*Journ. of path. and bacter.*, I, 4.)

Typhoïde. — Rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur le 94e d'infanterie, par Grivet et Léchaudel. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Sur deux épidémies de fièvre typhoïde dans la garnison de Nantes en 1890-91, par Clavelin. (*Arch. de méd. milit.*, juin.)— Histoire militaire de la fièvre typhoïde dans les guerres passées, ce qu'elle sera dans la guerre de demain, par Coustan et Dubrulle. (*N. Montpellier méd.*, 3, p. 421 (Suppl.) — De la fièvre typhoïde chez les Arabes en Algérie, par Bruch. (*Thèse de Montpellier.*) — Sur l'immunité relative des indigènes musulmans de l'Algérie vis-à-vis de la fièvre typhoïde, par Sézary. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde, par Déhu. (*Thèse de Paris*, 6 juillet.) — Des lésions métastatiques dues au bacille typhique, par Rosin et Hirschel. (*Deut. med. Woch.*, 22, 1892.) — Notes sur la fièvre typhoïde, par Davy. (*Lancet*, 27 mai.) — Diagnostic de la fièvre typhoïde, par Eliot. (*N. York med. j.*, 29 juillet.) — Perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde, par Hawkins. (*Lancet*, 29 juillet.) — De la nature des complications pleuro-

pulmonaires de la fièvre typhoïde, par Bruneau. (*Thèse de Paris,* 25 juillet.) — Dothiénentérie apyrétique avec manifestations cérébrales graves, par Gerloczy. (*Deut. med. Woch.*, 15, 1892.) — Fièvre typhoïde sans dothiénentérie. Pneumonie double. Mort, par du Cazal. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 7 avril.) — Observation de fièvre typhoïde compliquée de diphtérie à issue rapidement funeste, par Catrin. (*Ibid.*, 14 avril.) — Fièvre typhoïde, perforation, guérison, par Mc Call. (*Brit. med. j.*, 8 juillet.) — Sur la néphrite dothiénentérique, par Zègre. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — La fièvre typhoïde et son traitement, par Barr. (*Lancet*, 13 mai.) — Traitement de la fièvre typhoïde, par Bihorel. (*Thèse de Paris*, 5 juillet.) — Antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde, par F. Purdom. (*New York med. record*, 25 févr.) — Du traitement de la fièvre typhoïde par l'antipyrine, par Roussel. (*Loire méd.*, 15 avril.)—Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide phénique, par Coyle. (*Brit. med. j.*, 24 juin.)

Typhus. — Origine bretonne de l'épidémie typhique de 1892-93 en France, par Netter. (*Semaine méd.*, 14 juin.) — Sur le début de l'épidémie de typhus à Lille, par Brunelle. (*Bull. méd. du Nord*, 9 et 10.) — A propos de la contagiosité du typhus exanthématique, par Combemale. (*La Médecine moderne*, 10 mai.) — Note sur l'épidémie du typhus exanthématique à Nanterre, par Sapelier. (*Bull. Acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 31 mai.) — Le typhus des prisons. Cinq cas isolés à la prison de la Casbah d'Alger, par Treille. (*Ibid.*, 21 juin.) — Le typhus exanthématique historique, par Catin. (*Gaz. des hôp.*, 6 juillet.) — Le typhus exanthématique, à la prison de la Santé, par Barrault. (*Gaz. des hôp.*, 11 juillet.) — Le typhus à Lille, par Legay. (*La Médecine moderne,* 14 juin.) — Le typhus exanthématique dans les prisons et les hôpitaux de Paris, par J. Rochard. (*Union médicale,* 13 avril.) — Cas probables de typhus à l'Hospice-Général de Rouen, par Brunon. (*Normandie méd.*, 1er mai.) — Sur un cas de typhus, par Talamon. (*La Médecine moderne*, 19 avril.) — Note sur trois cas de typhus observés à l'hôpital Necker, par Rendu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 avril.) — Cinq cas de typhus exanthématique, par H. Roger. (*Ibid.*, 7 avril.) — Deux cas de typhus exanthématique, par Bourcy. (*Ibid.*, 7 avril.)—Un cas de typhus exanthématique, par Huchard. (*Ibid.*, 7 avril.) — Un cas de typhus exanthématique, par Comby. (*Ibid.*, 7 avril.) — Contribution à l'étude de l'épidémie du typhus exanthématique, par Le Gendre. (*Ibid.*, 14 avril.) — Observation de typhus exanthématique, par Richardière. (*Ibid.*, 14 avril.) — Diagnostic du typhus exanthématique, par Netter. (*Ibid.*, 14 avril.) — Des complications pulmonaires dans le cours du typhus exanthématique, par Joffrion. (*Thèse de Paris*, 25 mai.) — Un cas de typhus exanthématique terminé par hémorragie, par Combemale. (*Ann. de méd.*, 10 mai.)

Teigne. — Étude morphologique des champignons du favus, par Costantin et Sabrazès. (*Soc. de biol.*, 13 mai, et *Arch. de méd. expér.*, V, 8.) — Favus de l'homme, de la poule et du chien, par Sabrazès. (*Ann. de dermat.* IV, 4.) — Les neuf espèces de favus actuellement connues, par Neebe et Unna. (*Centralbl. f. Bakter.*, XIII, p. 1.) — Pseudo-tuberculoses faviques expérimentales, par Sabrazès. (*Soc. franc. de dermat.*, 7 avril.) — Sur le favus de l'homme, par Bodin. (*Ibid.*) — Contagion et prophylaxie du favus, par Sabrazès. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er mai.) — Étude sur le favus, identité de l'achorion entythrix et de l'achorion atacton, par Jessner. (*Berl. klin. Woch.*, 12 déc. 1892.) — De la teigne faveuse dans le département de l'Hérault, par Delassus. (*Thèse de Montpellier.*) — De la pseudo-pelade, par Torchut. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur le favus de l'homme, du chien et de

la poule, par SABRAZÈS. (*Ibid.*) — Trois cas de tricophytie de la région palmaire, par MOREAU. (*Ann. policl. Toulouse,* 1er janvier.) — Pelade nerveuse et vitiligo, par DUBREUILH. (*Soc. franc. de dermat.*, 6 avril.) — Idem, par BARTHÉLEMY. (*Ibid.,* 7 avril.) — Traitement de la pelade, par RENAULT. (*Rev. gén. de clin.,* 20, p. 305.)

Température. — Les températures extrêmes compatibles avec la vie, par DE VARIGNY. (*Rev. scient.,* 27 mai.) — Substances thermogènes extraites des tissus animaux, par ROUQUÈS. (*Soc. de biol.*, 17 juin.)

Tendon. — Régénération du tissu fibreux, réunion des tendons, par TUBBY. (*Guy's hosp. rep.*, XXXIV, p. 109.) — Greffe tendineuse autochtone, par RIVIÈRE. (*Lyon méd.*, 21 mai.) — Les tendons de la région coccygienne du chien comme moyens de suture et de ligature des vaisseaux en chirurgie, par D. VIGEZZI. (*La Riforma medica*, 18 mai.) — Section des tendons fléchisseurs des trois premiers doigts de la main droite ; ténoraphie à distance et suture sur un tendon voisin, par ANNEQUIN. (*Dauphiné méd.*, 1er mars.) — Cas de rupture du tendon du plantaire grêle, par PLATT. (*Boston med. journal*, 20 avril.) — Aï douloureux par LARGER. (*Bull. soc. de Chir.*, XIX, p. 426.) — Bourse calcanéenne double, par SCHULER. (*Cent. f. Chir.*, 5 août.)

Tétanos. — Quelques considérations sur le tétanos, par RAUGÉ. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — Du tétanos de la grenouille et des conditions de température ambiante nécessaire à son apparition, par COURMONT et DOYON. (*Soc. de biol.,* 10 juin.) — Étiologie du tétanos, par LARGER. (*France méd.*, 5, p. 68.) — Effets des cultures de bacilles tétaniques privées de toxine, par Ernest KLIPSTEIN. (*Hyg. Rundsch.*, III, n° 1, p. 1.) — De l'existence d'une substance strychnisante dans les muscles des animaux tétaniques, par COURMONT et DOYON. (*Soc. de biol.*, 8 juillet.) — Expériences sur la vaccination du cheval contre le tétanos, par G. TIZZONI et G. CATTANI. (*La Riforma medica,* 8 juin.) — De la pathogénie et du traitement du tétanos, par SCHWARTZ. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 234.) — Sur un cas de tétanos traumatique, par FERRATON. (*Ibid*, XIX, p. 215.) — Etiologie du tétanos, par LARGER. (*Ibid.*, p. 221.) — Sur un cas de tétanos par DIETERLEN. (*Ibid.,* XIX, p. 195.) — Tétanos et endocardite, mort au huitième jour, par DARTIGOLLES. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 février.) — Du tétanos céphalique ou tétanos avec paralysie faciale ou tétanos paralytique, par Paul KLEMM. (*Berlin. klin. Wochens*, 16 janvier.) — Trois cas de tétanos puerpéral, par MAINERT. (*Arch. f. Gynœk.*, XLIV, 3.) — Le tétanos et les antiseptiques, par PEUGNIEZ. (*Arch. prov. de chir.*, II, 7.) — Des antitoxines et principalement de l'antitoxine tétanique, par MONTAYA. (*Thèse de Montpellier.*) — Sérothérapie dans le tétanos, par WERNICKE. (*Deut. milit. zeit.*, 4.) — Sur un cas de tétanos grave, traité par les injections d'antitoxine, par BARTH et MAYET. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 3 mars.) — Tétanos traité par l'antitoxine, par MAGAGNI. (*Riforma medica*, 3 fév.) — Des injections de sérum antitoxique dans le traitement du tétanos, par CAILLERET. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Traitement du tétanos, par BERGER. (*Bull. acad. méd.*, 28 mai.) — L'amputation dans le traitement du tétanos par VERNEUIL. (*Ibid.*, 30 mai.)

Tête. — Mobilité anormale de la tête, par FERRON. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 février.)

Testicule. — Ectopie testiculaire et orchidopexie, par TILLAUX. (*Gaz. des*

hôp., 29 juin.) — A propos de l'ectopie testiculaire, par Félizet, Tuffier, etc. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 176, 179.) — Sur deux cas d'orchidopexie par Demmler. (*Ibid.*, p. 193.) — Résultats de quinze interventions chirurgicales pour ectopies testiculaires pratiquées sur treize malades dont deux étaient atteints d'ectopies bilatérales, par Jalaguier. (*Ibid.*, XIX, p. 165.) — Opération pour l'ectopie testiculaire, par Bidwell. (*Lancet*, 17 juin.) — Sur l'ectopie inguinale du testicule et son traitement par l'orchidopexie, par Schulten. (*Finska läkar. handlingar*, XXXV, 6.) — Hydrocèle congénitale tuberculeuse, essai de pathogénie de l'hydrocèle communicante, par Phocas. (*Arch. prov. de chir.*, II, 6.) — Des différentes méthodes de traitement de l'hydrocèle vaginale, par Cojepis. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Traitement de l'hydrocèle vaginale, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 20 juin.) — Un cas d'hydrocèle en bissac de Dupuytren, par Schwab. (*La médecine moderne*, 27 mai.) — Un cas d'hydrocèle communicante avec hernie épiploïque, par Mlady. (*Berl. klin. Woch.*, 26 déc. 1882.) — Du traitement du varicocèle par la résection du scrotum, par Cattelin. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — De la relation qui existe entre l'orchiocoque ou microbe de l'orchite blennorragique et le diplocoque de l'orchite ourlienne, par Eraud et Hugounenq. (*Soc. de biol.*, 18 juin.) — De la cure sanglante des kystes spermatiques, par Schwartz. (*Rev. gén. de clin.*, 11, p. 161.) — Traitement des engorgements testiculaires par les boues de Dax transportées, par Barthe de Sandfort. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 21 juin.) — La médication de Brown-Séquard, par Eloy. (*Rev. gén. de clin.*, 11, p. 168.) — Comment pratiquer une injection orchitique dans la médication de Brown-Séquard, par Eloy. (*Ibid.*, 19, p. 295.) — Effet du liquide testiculaire sur un chien paraplégique et atteint de fibro-sarcome généralisé par Mégnin. (*Soc. de biol.*, 13 mai.) — Quelques remarques à propos de la méthode Brown-Séquard, par Féré. (*Ibid.*, 3 juin.)

Thérapeutique. — Codex et thérapeutique , propositions pour le supplément du codex par Fleury. (*Thèse de Paris*, 1er juin.) — Travaux de thérapeutique en 1892 ; Revue : médecine, par Eisenhart ; pediatrie, par Pauli ; psychiatrie et neuropathologie, par Rabow ; chirurgie, par Kirchhoff ; accouchements et gynécologie, par Eisenhart ; syphilis, dermatologie, affections des organes génitaux, par G. Meyer. (*Therap. Monatshefte*, juin.) — De la médication antidyspeptique, par Gilbert. (*Gaz. hebd. Paris*, 4, p. 41.) — De l'antipyrèse par les sudorifiques, par Liégeois. (*Rev. gén. de clin.*, 20, p. 312.) — Des purgatifs chez le blessé et chez l'opéré, par Nicaise. (*Assoc. française, Cong. de Besançon.*) — Emplâtres médicinaux, par Shoemaker. (*Journal americ. med. Ass.*, 6 mai.) — Sanologie et sanothérapeutique, par Wood. (*N. York med. journ.*, 29 avril.) — Valeur thérapeutique de l'ipecacuanha dremetinisata, par Kanthack. (*Practitioner* juin.) — Des divers modes d'emploi de la digitale dans les affections du cœur, par Gallier. (*Thèse de Paris*, 29 juin.) — Alcool et digitale, par Harnack. (*Münc. med. Woch.*, 9, p. 169.) — Expériences sur l'action de l'alumnol et de la diaphthérine, par Spengler. (*Ibid.*, 13, p. 243.) — Emploi thérapeutique de l'analgène, par Spiegelberg. (*Ibid.*, 14, p. 263.) — De l'action antipyrétique des badigeonnages de gaïacol, par Bard. (*Lyon méd.*, 4 juin.) — A propos des badigeonnages de gaïacol, par Lannois. (*Ibid.*, 6 août.) — Le salol comme antiseptique intestinal, par Sympson. (*Practitioner*, août.) — Sur les propriétés thérapeutiques de l'aristol, par Keller. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Sur les propriétés thérapeutiques du salophène, par Muller-Darier. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Salophène antinévralgique et antirhumatismal, par Lutze. (*Therap. Monats.*,

juillet.) — Stérésol, vernis antiseptique adhérent aux muqueuses et à la peau, par Berlioz. (*Bull. acad. méd.* et *Bull. méd.*, 7 juin.) — Action du chloralose, par d'Amore. (*Gaz. d. ospit.*, juin.) — Du bleu de méthylène en thérapeutique, par Marbot. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Emploi du bleu de méthylène dans la malaria, par Neumann. (*Pester med. chir. Presse.*) — De quelques applications thérapeutiques du chlorate de potasse, par Liégeois. (*Rev. gén. de clin.*, 16, 244.) — Sur l'emploi du sélénium en thérapeutique, par Demontporcelet et Féry. (*Broch. Paris.*) — Sur l'action de la nucléine, par G. Sée. (*Bull. acad. méd.*, 9 mai.) — Des applications cliniques de l'or, par Shoemaker. (*Journ. americ. med. Ass.*, 17 juin.) — Thérapeutique de l'acide borique, par Aitken. (*Edinb. med. journ.* juillet.) — De l'action du benzoate de soude sur l'élimination de l'acide urique, par Belugou. (*Thèse de Montpellier.*) — De l'emploi de doses fractionnées répétées de calomel, par Chapman. (*Lancet*, 1er juillet.)

U

Ulcère. — Sur l'évolution, la pathogénie et le traitement du clou de Biskra, par Moty. (*Soc. franç. de dermat.*, 6 avril.)

Urée. — Sur le dosage de l'urée, par Carrez. (*Thèse de pharmacie de Lyon.*) — Recherches sur les modifications de l'excrétion de l'urée au cours de certaines maladies chirurgicales et surtout après les grandes opérations. Conséquences au point de vue de la thérapeutique et des soins consécutifs aux opérations, par Just Championnière. (*Acad. des Sc.*, 29 mai.)

Urémie. — De l'urémie sénile, par Berty. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De l'hémiplégie urémique, par Boinet. (*Marseille méd.*, 3 ; p. 62.) — Tracés de la respiration montrant l'action favorable du suc rénal injecté chez le chien et le lapin atteints d'urémie après la ligature des vaisseaux des deux reins, par Meyer. (*Soc. de biol.*, 1er juillet.)

Urètre. — Urétrite membraneuse desquamante, par Battle. (*Lancet*, 5 août.) — Pathogénie et traitement des abcès péri-urétraux de la région périnéale, par Martial. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Rétention complète d'urine chez un enfant de 16 mois ; extraction par l'urètre d'un calcul vésical, par d'Haeneus. (*La policlinique Bruxelles*, 1er mai.) — Des rétrécissements larges de l'urètre, par de la Calle. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — Des rétrécissements du méat et de la portion balanique de l'urètre, par Roy. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'urétrostomie périnéale, création méthodique d'un méat contre nature au périnée, par Coignet. (*Thèse de Lyon.*) — Recherches expérimentales sur l'électrolyse de l'urètre, par Desnos. (*Bull. soc. de Chir.*, XIX, p. 394 et *Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Le traitement électrique des rétrécissements de l'urètre, par Danion. (7e *Cong. franç. chir.* et *Bulletin méd.*, 23 avril.) — L'électrolyse dans les rétrécissements de l'urètre, par Newmann, Walling, Walton, Hutchinson, Blackwood, Graene, Cannaday, Phelps. (*Times and register*, 21 janvier.) — De la valeur thérapeutique de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urètre, par Nollet. (*Thèse de Paris*, 5 juillet.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électricité, par Moullin. (*Lancet*, 8 juillet.) — Rupture de l'urètre, par Herrick. (*Med. News*, 5 août.) — Nouvelle indication de l'urétrostomie périnéale pour perte de

substance étendue de la muqueuse de l'urètre, par PONCET. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 mai.) — Indications et résultats éloignés de l'urétrostomie périnéale, par PONCET. (7e *Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 5 avril.) — L'urétrectomie, par RIEFFEL. (*Rev. gén. de clin.*, 13, p. 200.) — Deux cas d'urétrorraphie circulaire, par PEARCE GOULD. (*Lancet*, 13 mai.) — D'un moyen nouveau de courber sur place l'extrémité des sondes françaises en gomme arrêtée contre la prostate ; de quelques essais de mise instantanée en courbure fixe et sans mandrin des sondes, par PHÉLIP. (*Lyon méd.*, 30 juillet.)

Urinaire. — Quelques modifications des idées chirurgicales sur les maladies des organes urinaires, par MORRIS. (*Lancet*, 17 juin.) — Sur l'influence de la sécrétion urinaire sur l'évolution des maladies infectieuses, par B. PERNICE et G. POLLACI. (*La Riforma medica*, 29 mai.) — De la polyurie nerveuse, par DEJERINE. (*La médecine moderne*, 1er juillet.) — Tuberculose urinaire chirurgicale, par VIGNERON. (*Gaz. des hôp.*, 24 juin.) — Traitement opératoire de l'incontinence d'urine urétrale chez la femme, par HIMMELFARB. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIV, 2.) — Pathogénie de l'infection urinaire, les microbes urinaires en général, de l'urobacillus liquefaciens septicus en particulier, par CAPMAN. (*Thèse de Montpellier.*) — Abcès urineux et infiltration d'urine, par CERNÉ. (*Normandie méd.*, 15 avril.) — De l'excision des abcès urineux, par LEGUEU. (*Gaz. hebd. Paris*, 29 avril.) — Etiologie et pathogénie des calculs urinaires, par DAGAVARIAN. (*Thèse de Paris,* 25 juillet.) — Paraplégie urinaire incomplète des membres inférieurs, accompagnée de pseudo-ataxie locomotrice, et de paralysie du sphincter de la vessie, consécutives à un phimosis, et guéries après l'opération, par CHANATIANOS. (*Progrès médical*, 15 avril.) — Sur la plastique expérimentale de la vésicule urinaire, par S. ROSENBERG. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXII, 1.) — Le pichi dans les maladies des voies urinaires, par FRIEDLAENDER. (*Therap. Monats.*, juillet.)

Urine. — L'examen des urines, par MONSELISE. (In-16, *Milan.*) — Note sur la diazo-réaction, par WARTHIN. (*Med. News*, 27 mai.) — Composition de l'urine fœtale sécrétée in utero, par HELME. (*Brit. med. j.*, 17 juin.) — A propos de la technique expérimentale relative à la détermination du degré de toxicité des urines, par GUINARD. (*Soc. de biol.*, 13 mai.) — Sur la toxicité des urines normales de l'homme et des mammifères domestiques, par GUINARD. (*Ibid.*) — Sur le pouvoir thermogène des urines, par ROGER. (*Ibid.*, 17 juin.) — Variations du pouvoir thermogène de l'urine en rapport avec les variétés d'une même infection, par CHARRIN. (*Ibid.*, 24 juin.) — Propriété vaso-dilatatrice des urines des tuberculeux, par CHARRIN et LE NOIR. (*Ibid.*, 22 juillet.) — Toxicité des urines des épileptiques, par FÉRÉ. (*Ibid.*, 15 juillet.) — Ptomaïne extraite des urines dans l'eczéma, par GRIFFITHS. (*Acad. des sc.*, 23 mai.) — Sur l'excrétion exagérée d'acide urique, par HERTER. (*N. York med. journ.*, 1er juillet.) — Sur la formation de l'acide urique, par G. SALOMON. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXII, 2.) — Estimation de l'acide urique dans l'urine, par HOPKINS. (*Journ. of path. and bact.*, I, 4.) — Traitement de la diathèse urique, par PORTEOUS. (*N. York med. journ.*, 15 juillet.) — Présence du sucre dans l'urine dans l'état puerpéral, par MAC CANER et TURNER. (*Trans. obst. soc. London*, XXXIV, 4.) — Sur l'urobiline dans l'urine, par F. GRIMM. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXII, 2). — La réaction de l'acide chlorydrique et de l'alcool ne peut être utilisée pour différencier l'albumine et les résines de l'urine, par C. ALEXANDER. (*Deutsche med. Woch.*, 14, p. 323.) — Phosphore total de l'urine, par CHAPPELLE. (*Lyon méd.*, 13 août.) — Sur

le développement de l'acide sulfhydrique et du méthylmercaptan par une bactérie urinaire, par J.-P. Karplies. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXI, 2.) — Hydrothionurie présence du gaz hydrogène sulfuré dans l'urine, 4 cas, par Scott. (*N. York med. journ.*, 17 juin.) — Evaluation quantitative du pus dans l'urine, par R. Hottinger. (*Centralbl. f. med. Wissensch.*, 15 avril.) — Sur la production des cylindres urinaires hyalins, par Ribbert. (*Centralbl. f. allg. Path.*, n° 11, 25 mai.) — Cylindres dans l'urine, leur valeur, par Stengel. (*Med. News*, 15 juillet.) — De la valeur diagnostique de l'indigurie, par Rosenbach. (*Wiener med. Presse*, 21 mai.)

Urticaire. — Maladie pigmentée urticante, par Quinquaud. (*Soc. franç. de dermat.*, 20 juillet.) — Urticaire pigmentaire, par Feulard. (*Ibid.*) — Un cas d'urticaire evariada factice de Willan guéri par les courants continus. Le prurit simple, sans éruption, hyperesthésique, comme symptôme de l'urticaire, par G. Sganga. (*La Riforma medica*, 28 mars.)

Utérus. — Étude de la muqueuse utérine normale, par Hofmeier. (*Cent. f. Gynaek.*, 19 août.) — Morphologie et histologie des trompes et du parovarium pendant la vie intra et extra utérine jusqu'à la puberté, par Popoff. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIV, 2.) — Recherches cliniques et bactériologiques sur le tympanisme utérin, par Gebhard. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVI, 2.) — Les endométrites de la ménopause, par Jacobs. (*La policl. Bruxelles*, 1er juin.) — Endométrite chronique, paraplégie réflexe, guérison, par Géhé. (*Ann. policl. Toulouse*, 1er janvier.) — Pathogénie et traitement de la stérilité chez la femme, par Lavergne. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Traitement de la métrite du col, par Grilhaut des Fontaines. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Traitement de la métrite chronique, par Loimann. (*Therap. Monats.*, août.) — De l'hypertrophie sous-vaginale du col de l'utérus, par Démétoiadés. (*Thèse de Paris*, 19 juillet.) — Curetage digital de l'utérus puerpéral, par Stahl. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Du curetage de l'utérus sans abaissement forcé à la vulve et d'une méthode de drainage utérin au moyen du crin de Florence, par Bouteil. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Des déviations de l'utérus, leurs moyens curatifs, la méthode d'Alquié Alexander, par Taghetta. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Inversion utérine, par Abegg. (*Cent. f. Gynaek.*, 20 mai.) — Inversion aiguë de l'utérus, réduction spontanée, par Waterfield. (*Brit. med. j.*, 27 mai.) — Inversion utérine complète avec prolapsus consécutive à la délivrance, métrorragies abondantes mettant la vie de la malade en danger, réduction de l'utérus, guérison, par Péraire. (*Ann. de gynéc.*, août.) — De l'opération d'Alquié Alexander pour le traitement du prolapsus et de la rétroflexion de l'utérus, par Lanz. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIV, 2.) — Le traitement opératoire du prolapsus complet de l'utérus et du vagin, par Edebohls. (*Americ. j. of Obst.*, juillet.) — De l'hystéropexie dans le traitement du prolapsus utérin, par J. Cadilhac. (*N. Montpellier méd.*, 2 p., 207; suppl.) — Hystéropexie vaginale, par Jacobs. (7e *Cong. franç. chir.* et *Bulletin méd.*, 14 mai.) — Technique de la fixation vaginale de l'utérus, par Winter. (*Cent. f. Gynaek.*, 8 juillet.) — Technique de la vaginofixation, par Mackenrodt. (*Ibid.*, 22 juillet.) — De la vagino-fixation de l'utérus, par Duhrssen. (*Ibid.*, 29 juillet.) — Technique de la vaginofixation de l'utérus, par Steinbuchel. (*Ibid.*, 5 août.) — Ventro-fixation de l'utérus, par Ryder. (*Boston med. journal*, 20 avril.) — Traitement de la chute complète de l'utérus et du vagin par l'hystérectomie vaginale, par Gaudier. (*Bull. méd. du Nord*, 8, p. 166.) — De la rupture de l'utérus, par von Dittel. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIV, 3.) — Un cas d'utérus subseptus, par Cépinsky. (*Cent. f. Gynaek.*, 19 août.) — Des malformations utérines

au point de vue clinique, par THIBAUD. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — Utérus gras, ablation, par MARTIN. (*Americ. j. of Obst.*, mai.) — Sur l'extirpation de l'utérus gravide par la laparotomie, par Th. MORE MADDEN. (*Dublin journ. of med. sc.*, mai.) — Salpingite polykystique, par PILLIET. (*Soc. anat. Paris*, juin, p. 386.) — Sur une cause rare d'hématocèle pelvienne, par MAURANGE. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Transformation d'une hématocèle péri-utérine en pyosalpinx après quinze ans de guérison, par VASLIN. (7e *Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 16 avril.) — Sur le traitement médical des salpingites, par SAUCIER. (*Thèse de Paris*, 29 juin.) — Du débridement vaginal des collections pelviennes, par GOUILLOUD. (*Arch. prov. de Chir.*, II, 7.) — Obs. de pyosalpynx traités par le drainage utérin avec conception ultérieure, par MURRAY. (*Americ. j. of Obst.*, août.) — Remarques cliniques, anatomiques et opératoires à propos de 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines, suites immédiates et éloignées de l'opération, par TERRIER et HARTMANN. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — De l'élytrotomie, par SPOTHAROS. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — De l'ablation par le vagin des annexes de l'utérus enkystées dans une pelvi-péritonite, par LAROYENNE. (*Ann. de gynéc.*, juillet.)— Fibromyome kystique de l'utérus, par CAZIN. (*Soc. anat. Paris*, 24 mars.) — Fibromyome pédiculé du ligament large, par BINAUD. (*J. méd. Bordeaux*, 19 mars.) — Tumeur fibro-kystique de l'utérus, adhérences intestinales entérectomie, guérison, par POLLOSSON. (*Lyon méd.*, 28 mai.) — Contribution à l'étude du myome du col utérin, par FRANK (*Wiener med. Wochens.*, 48 à 50, 1892.) — Fibromes kystiques, par SPENCER. (*Royal med. and chir. soc.*, 23 mai.) — Implantation adhésive d'un myome utérin dans le canal cervical, par LEYDEN. (*Zeit. f. Geburts.*, XXVI, 2.) — Sur la pathogénie de l'hydrorrée des fibro-myomes utérins, par PÉPIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 février.) — Dangers et complications des tumeurs fibreuses utérines, par GORDON. (*Americ. j. of Obst.*, juillet.) — Du traitement de certains fibromes utérins par les crayons au chlorure de zinc, par CONDAMIN. (*Lyon méd.*, 28 mai.)— Enorme tumeur fibreuse en tablier incluse en partie dans la cavité utérine et le vagin, morcellement, guérison, par PICQUÉ. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 155.) — Sur le traitement chirurgical des fibromes utérins, par RICHELOT. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — Traitement opératoire pour les fibro-myomes de l'utérus, par BOLDT. (*Americ. j. of Obst.*, juin.) — Des opérations de myomes par l'abdomen, par CHROBAK. (*Cent. f. Gynaek.*, 20 mai.) — Amputation supra-vaginale d'un gros fibrome chez une femme de 70 ans, par MALHERBE. (*Soc. anat. Paris*, 21 avril.) — De l'énucléation des fibromes par la voie vaginale, par LAROYENNE. (*Mercredi méd.*, 7 juin.) — Extirpation d'un utérus fibreux par la voie vaginale, par MARCHAND. (*Bull. soc. de chir.*, XIX, p. 174.) — Fibrome du ligament large, extraction par la voie parapéritonéale, par POLLOSSON. (*Lyon méd.*, 16 juillet.) — Des fibromes des ligaments larges, leur extirpation par la voie parapéritonéale, par JARRE. (*Thèse de Lyon.*) — Ligature des vaisseaux utérins dans les myomes, par KUSTNER. (*Cent. f. Gynaek.*, 19 août.) — Traitement des fibromes utérins inopérables, par CHANDELUX. (*Lyon méd.*, 6 août.) — Hystérectomie pour utérus fibromateux gravide, par NOVÉ-JOSSERAND. (*Lyon méd.*, 20 août.) — Traitement opératoire de myomes de l'utérus gravide, par FROMMEL. (*Münch. med. Woch.*, 14, p. 261.) — Manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale, par RICHELOT. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — De l'hystérectomie abdominale, par ROUTIER. (*Union médicale*, 16 avril.) — Tumeurs simples de la muqueuse utérine, par HAULTAIN. (*Edinb. med. j.*, août.) — De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus, par BRUYÈRE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur le cancer de l'isthme de l'utérus, par KAMINER. (*Thèse de Paris*, 28 juin.)

— De l'amputation partielle de la partie vaginale de l'utérus, par Borysso-wicz. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIV, 2.) — Colpo-hystérectomie pour tumeur maligne, technique, par Dixon Jones. (*Americ. j. of Obst.*, mai.) — Deux cas d'hystérectomie vaginale pour cancer, par Lewers. (*Lancet*, 10 juin.) — Extirpation de la partie vaginale de l'utérus, pour cancroïde de cette portion ayant gagné le col et le vagin, par Stern. (*Münch. med. Woch.*, 13, p. 248.) — Hystérectomie vaginale pour cancer, par Phocas. (*Bull. méd. du Nord*, 3, p. 53.) — Hystérectomie vaginale pour tumeurs malignes de l'utérus, par Hall. (*Med. News.*, 19 août.) — Un cas d'amputation utérine sus-vaginale par le procédé de Fritsch, par Fischel. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 août.) — La ligature élastique dans l'hystérectomie sus-vaginale, par Sutton. (*Americ. j. of Obst.*, juin.) — Résultats de l'hystérectomie vaginale et de l'amputation sus-vaginale du col pour le cancer de l'utérus, par Jessett. (*Lancet*, 29 juillet.) — Technique et indication de l'extirpation totale sacrée de l'utérus cancéreux, par Abel. (*Cent. f. Gynaek.*, 13 mai.) — De la méthode sacrée pour l'ablation du cancer utérin, par Steinthal. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVI, 2.) — Du traitement chirurgical des cancers inopérables de l'utérus, par Condamin. (*Lyon méd.*, 9 juillet.)

V

Vaccin. — Bactériologie de la lymphe vaccinale, les méthodes de conservation, par Copeman. (*Brit. med. j.*, 17 juin.) — Sur la prétendue découverte de Guarnieri au sujet des infections vaccinale et variolique, par E. Ferroni et G. Massari. (*La Riforma medica*, 2 juin.) — Théorie de l'immunité vaccinale, par Hervieux. (*Bull. acad. méd.*, 2 mai.) — Sur le service de revaccination établi à la Compagnie de l'Est depuis cinq ans, par Créquy. (*Gaz. des hôp.*, 10 août.) — Fausse vaccine du vaccinoïde, par Cadet de Gassicourt. (*Bull. acad. méd.*, 11 avril.)

Vagin. — Rythme vaginal des mammifères, par Lataste. (*Soc. de biol.*, 22 juillet.) — Lacération du vagin dans le coït, par Green. (*Boston méd. journal*, 13 avril.) — Observation d'un cas d'intégrité de la membrane hymen chez une jeune fille présentant des vergetures abdominales et une déchirure du col utérin, par Prouvost. (*Tribune méd.*, 27 avril.) — Tamponnement du vagin, par Liebersohn. (*Cent. f. Gynaek.*, 12 août.)

Varice. — Varices des deux bras, par Dutton. (*Lancet*, 29 juillet.) — Traitement des varices et de l'ulcère variqueux par la ligature et la résection de la saphène interne, par Cordebard. (*Thèse de Paris*, 24 mai.) — Le traitement du varicocèle, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 10 août.) — Varicocèle, 19 opérations radicales, par Ricketts. (*N. York med. journ.*, 17 juin.) — Nature et traitement du varicocèle, par Tillaux. (*Rev. gén. de clin.*, 13, p. 193.)

Variole. — Quelques points du diagnostic de la variole, par Gornall. (*Lancet*, 26 août.) — De la variole et de la vaccination, rapport à la Brit. Assoc. (*Brit. med. j.*, 20 mai.) — Variole, valeur de la vaccination comme prophylaxie, par Salicrup. (*N. York med. journ.*, 3 juin.) — Variole et vaccine simultanées, par Juhel-Renoy. (*Soc. méd. des hôp.*, 17 février.) — Développement anormal de comédons à la suite d'une variole cohérente, par de Coquet. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er mai.)

Veine. — Anomalies des veines rénales et des uretères, par MEUSY. (*Marseille médical*, 4, p. 106.) — Des récidives de phlébites, par MÉHEUX. (*Thèse de Paris*, 21 juin.) — Plaie pénétrante de la veine axillaire, guérison, par ARENDT. (*Cent. f. Chir.*, 26 août.)— Ligature latérale de la jugulaire interne, par FRAZER. (*Lancet*, 8 juillet.)

Vessie. — Sur la texture du muscle vésical, par PILLIET. (*Journ. de l'anat.*, mai-juin.) — D'une modification des rapports de la vessie dans les prolapsus utérins non compliqués de cystocèle, possibilité de blesser la vessie dans l'hystéropexie, par CONDAMIN. (*Lyon méd.*, 11 juin.) — Étiologie de la cystite, par SCHNITZLER. (*Vienne*, 1892.) — Étiologie de la cystite, par WREDEN. (*Cent. f. Chir.*, 8 juillet.) — Étiologie, prophylaxie et traitement de la cystite, par BARLOW. (*Arch. f. Dermat.*, XXV, 4.) — Obs. sur les symptômes et l'anatomie pathologique de la cystite nodulaire, par ALEXANDER. (*Journ. of cutan. dis.*, juillet.) — De la cystite tuberculeuse, par CATRON. (*Thèse de Paris*, 8 juin.) — Cystite tuberculeuse primitive chez un enfant, par BONTOR. (*West London med. chir. soc.*, 5 mai.) — Traitement des infections vésicales secondaires chez les malades atteints de cystite tuberculeuse, par LAVAUX. (7e *Cong. franç. chir. Bulletin méd.*, 23 avril.) — Résultats de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose vésicale, par VIGNERON. (*Mercredi méd.*, 26 avril.) — Tuberculose vésico-rénale, dissection ulcérative d'un uretère, par MEUNIER. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 261.) — Cystocèle inguinale chez une femme, par SCHULTEN. (*Finska läkares. handlingar*, XXXV, 5.) — Cystocèle vésicale, par GUÉPIN. (*Rev. de chir.*, août.) — De la cystostomie sus-pubienne dans les accidents urinaires d'origine prostatique, par PONCET. (*Gaz. des hôp.*, 25 juillet.) — Corps étranger de la vessie, par MARTEL. (7e *Cong. franç. chir.*, *Bulletin méd.*, 5 avril.) — Expulsion d'un nœud de soie de la vessie, 31 mois après une taille sus-pubienne, par WILLIAMS. (*Lancet*, 17 juin.) — Une nouvelle et sûre méthode pour examiner la vessie (Cystoscopie), par OTIS NEWELL. (*New York med record*, p. 261, 4 mars.) — De la chloroformisation pour le diagnostic de la cystite calculeuse, par MOUGEOT. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Deux cas de calculs vésicaux chez des femmes; l'un enlevé par lithotomie et l'autre par l'urètre, par HOMANS. (*Boston med. journal*, 27 avril.) — Des calculs de la vessie méconnus, par BAZY. (*Bull. méd.*, 9 juillet.) — Du traitement des calculs vésicaux chez la femme, par CAMUS. (*Thèse de Paris*, 1er juin.) — Drainage abdomino-périnéal de la vessie, par GUELLIOT. (7e *Congr. franç. chir. Mercredi méd.*, 26 avril.) — De la ponction de la vessie, par BRON. (*Lyon méd.*, 14 mai.) — Essai historique de la lithotritie, par COUETTE. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Statistique de lithotrities, par MALHERBE. (7e *Cong. franç. chir. Bulletin méd.*, 23 avril.) — Sur la lithotritie périnéale et du traitement des calculs vésicaux dans les cas de rétrécissement de l'urètre, par BAZY. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — Valves spéciales pour taille hypogastrique, par LEGUEU. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — Taille sus-pubienne, par Z. BŒCKEL. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er mai.) — Trois tailles hypogastriques chez un calculeux, par WASSILIEFF. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — Méthode simple de taille sus-pubienne, par LAWSON TAIT. (*Lancet*, 27 mai.) — Nouveau mode de suture des muscles droits dans la taille hypogastrique transversale, par WICKHAM. (*France méd.*, 8; p. 113.) — Cystotomie sus-pubienne, par BOUTAN. (*Thèse de Paris*, 28 juin.) — Sur un cas de taille hypogastrique, par LOUMEAU. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 avril.) — Autoplastie vésicale expérimentale, par ROSENBERG. (*Ann. mal. org. gén.*, *urin.*, juin.) — Sur un cas d'exstrophie vésicale, par PRIOLEAU. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*) — Traitement opératoire de l'ectopie vésicale, par BERG. (*Nordiskt med.*

Arkiv, XXV, 14.) — Cent cas de tumeurs de la vessie, par FENWICK. (*Brit. med. j.*, 10 juin.) — Tumeurs de la vessie, par HAMILTON. (*Journal Americ. med. Ass.*, 20 mai.) — Un polype de la vessie, par GÖRL. (*Münch. med. Woch.*, 19, p. 361.) — Pathologie des tumeurs kystiques en rapport avec la vessie, par TARGETT. (*Brit. med. j.*,, 29 juillet.) — Des tumeurs de la vessie, pronostic et traitement, par KÜMMELL. (*Berliner klinik*, 59.) — Tumeur de la vessie diagnostiquée au cystoscope. Calcul enchatonné chez un enfant, par RAFIN. (*Lyon méd.*, 27 août.) — Apparition d'un organisme ressemblant aux plasmodies de la malaria dans un cas de cancer vésical, par LAUDER BRUNTON. (*Lancet*, 12 août.) — Note sur un cas de symphyséotomie chez l'homme, par ALBARRAN. (*Mercredi médical*, 4, p. 37.)

Vieillard. — Étude histologique sur les altérations séniles de la rate, du corps thyroïde et de la capsule surrénale, par PILLIET. (*Arch. de méd. expér.*, V, 4.)

Vin. — Sur le vieillissement des vins, par DUCLAUX. (*Ann. Inst. Pasteur*, VII, 7.)

Vitré. — Traitement des opacités du corps vitré par l'extrait fluide de Jaborandi, par DE SCHWEINITZ. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet 1892.)

Vomissement. — Sur l'avortement effectué par le curetage de l'utérus dans les vomissements incoercibles de la grossesse, par BLANC. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Vomissements incoercibles de la grossesse, mort brusque au début de l'accouchement par embolies pulmonaires, par O. ISRAEL et LEYDEN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 octobre 1892.)

X

Xanthome. — Sur la nature des xanthomes et la cause prochaine de leurs complications, par HALLOPEAU. (*Assoc. franç. Cong. de Besançon.*)

Z

Zona. — Zona ophtalmique unilatéral et double kératite destructive, par TERSON. (*Bull. méd.*, 11 juillet.) — Du zona considéré comme une maladie infectieuse, par TH. VON WASIELEWSKY. (*Corr. Blatt. der allgem. Œrtzl. Ver. für Thuringen*, XXI, 5.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **G. Masson**, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Traité de médecine, publié sous la direction de MM. Charcot, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut; Bouchard, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et Brissaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Le Tome V contient : *Maladies du cœur*, par le Dr André Petit, médecin des hôpitaux; *Maladies des vaisseaux sanguins*, — *Rhumatisme articulaire aigu*, par le Dr W. Œttinger, médecin des hôpitaux; *Maladies du rein et des capsules surrénales*, par le Dr A. Brault, médecin de l'hôpital Tenon. (Un volume gros in-8 de 906 pages, avec 56 figures en noir et en couleur. — Prix : 20 francs.) L'ouvrage sera complété par la publication d'un tome sixième et dernier. L'ouvrage complet sera vendu 125 francs.

Ophtalmologie, maladies des paupières et des membranes externe de l'œil, par M. de Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Lille (Un volume petit in-8, de l'Encyclopédie des Aide-Mémoire.) — Prix : 2 fr. 50.

Médecine légale militaire, par MM. les Drs Du Cazal et Catrin, professeurs au Val-de-Grâce. (Un volume de la Bibliothèque des Aide-Mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50; relié, 3 francs.

Librairie **Félix Alcan**, boulevard Saint-Germain, 108.

L'Idiotie. Hérédité et dégénérescence mentale. Psychologie et éducation de l'idiot, leçons professées à l'hospice de la Salpêtrière, par le Dr Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière et du Dépôt de la Préfecture. (Un volume in-8, avec 17 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise.)—Prix : 4 francs.

Librairie **Rueff et Cie**, boulevard Saint-Germain, 106, Paris.

Bibliothèque médicale, publiée sous la direction de MM. J.-M. Charcot,

professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et G.-M. Debove, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Andral. (Par volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

Bruits de souffle et bruits de galop, par le Dr Ernest Barié, médecin de l'hôpital Tenon. (Un volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

La Coqueluche, par le Dr H. Richardière, médecin des hôpitaux. (Un volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée.) — Prix : 3 fr. 50.

Le Choléra, par le Dr Galliard, médecin des hôpitaux. — Prix : 3 fr. 50.

Hygiène alimentaire, par les Drs Polin et Labit, médecins-majors. — Prix : 3 fr. 50.

Société d'éditions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine et rue Antoine-Dubois, 4.

Étude sur le dermographisme, par Toussaint Barthélemy. (Bel in-8 de 300 pages, illustré de 17 planches hors texte.) — Prix : 7 fr. 50. (Envoi franco contre un mandat adressé 4, rue Antoine-Dubois, Paris.)

Librairie du **Progrès médical,** 14, rue des Carmes.

Faux rétrécissements de l'urètre, par le Dr Reliquet, et A. Guépin, interne des hôpitaux. (Brochure in-8 de 46 pages.) — Prix : 1 franc.

Librairie **J. Carré,** 58, rue Saint-André-des-Arts.

Anatomie des centres nerveux. Guide pour l'étude de leur structure à l'état normal et pathologique, par le Dr Heinrich Obersteiner, traduit de l'allemand sur la 2e édition par le Dr Coroenne.

Harvard médical association, Boston.

Bulletin of the harvard medical school association, number 4.

Librairie **Vallardi,** Milan.

La febbre, exposizione sommaria delle attuali conoscenze sul processo febbrile, par G.-B. Ughetti. Avec planches.

Librairie **Chiesa et Guindani,** Milan.

Il magnetismo negli animali e nelle piante, par le Dr Vincenzo ALLARA.

Librairie **Nistri**, Pise.

Anatomia comparata della membrana del timpano, par Dante BERTELLI.

Librairie **Pinto y Orovio,** Madrid.

Estudio critico-grafico de topografia craneo central con aplicacion a la cirugia, par MIGUEL SLOCKER DE LA POLA.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl) 4.10.93

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

DES TOMES XLI ET LXII.

(ANNÉE 1893.)

A

Abbe, Robert, XLII, 667.
Abbot, Anderson, XLII, 255.
Abeles, XLII, 34.
Abelous, XLI, 441.
Achalme, XLI, 705 ; XLII, 563.
Achard, XLII, 53, 530, 538, 633.
Adamkiewicz, XLI, 670.
Adams, XLII, 526.
Adler, XLI, 281, 285.
Aducco, V., XLI, 14.
Afflech, XLII, 643.
Agostini, XLII, 617.
Aielo, G., XLII, 38.
Aiello, S., XLI, 525; XLII, 430.
Albanese, M., XLI, 32.
Albarran, XLI, 666; XLII, 685.
Albert, XLI, 674 ; XLII, 664.
Albertoni, P., XLI, 44, 439.
Albrand, XLI, 690.
Albu, Albert, XLI, 42 ; XLII, 111.
Alexander, Bruno, XLII, 112.
Alezais, XLII, 1.
Allis, XLI, 682.
Allport, XLII, 717.
Alt, K. XLI, 160, 525.
Ambuehl, G., XLII, 132.
Amore, L. d', XLI, 119.
Anderson, H. R., XLI, 18, 94, 210, 443.
Anderson, M' Call, XLI, 247 ; XLII, 232.
Anderson, W., XLI, 293.
Andrews, XLI, 663.
Angiolella, G., XLI, 207.
Anker, M., XLI, 524.
Antonelli, XLI, 561.
Antony, XLII, 213.
Apolant, H., XLII, 442.
Apostoli, XLII, 196.
Arens, XLII, 125.
Arkharow, XLI, 79.
Arloing, XLI, 78, 428.
Arnaud, XLI, 232, 240, 501, 515 ; XLII, 249, 635.
Arnd, XLII, 464.
Arning, XLI, 214.
Arnould, Emile, XLII, 517.
Arnozan, XLII, 54, 608.
Arnstein, C., XLII, 5.
Aron, E., XLI, 427 ; XLII, 443.
Aronson, Hans, XLI, 521.
Arsonval (d'), XLI, 421 ; XLII, 28, 130, 131, 447.
Arthus, Maurice, XLI, 431, 436 ; XLII, 424.
Aschoff, XLI, 405, 455.
Askanazy, M., XLII, 7.
Asperen, P., van, XLII, 427.
Ast, XLI, 719.
Astros (d'), XLI, 201 ; XLII, 1, 535.
Athanescu, XLI, 92.
Aubert, P., XLI, 90 ; XLII, 100.
Aubry, L., XLII, 520, 618.
Auché, XLI, 485.
Audibert, XLI, 694.
Audigier, XLII, 628.
Audrain, XLI, 619.
Audry, J., XLI, 670 ; XLII, 287.
Audry, Ch., XLI, 280, 670 ; XLII, 711.
Auerbach, XLI, 201.
Aufrecht, XLI, 578 ; XLII, 509.
Auffret, XLI, 287.
Autokratow, XLI, 505.
Avegno, C., XLI, 263.
Axenfeld, XLII, 691.
Ayers, H., XLII, 6.
Azoulay, XLI, 569.

B

Baas, XLII, 694.
Baber, Cresswell, XLII, 258.
Babes, A., XLI, 83, 545.
Babes, V., XLI, 545 ; XLII, 469.
Baciocchi, G., XLI, 34.
Bæckstrœm, XLII, 39.
Baer, Gustave, XLII, 714.
Baginsky, A., XLII, 205, 600, 603.
Bajardi, P., XLII, 405.
Baker, John, XLI, 251.
Baldi, D., XLI, 515 ; XLII, 479.
Ball, J.-B., XLI, 206.
Ballantyne, J., XLI, 7.
Ballet, G., XLI, 130, 566 ; XLII, 252.
Barabaschew, XLII, 405.
Barbacci, XLI, 572 ; XLII, 329.
Barbier, H., XLII, 321, 602.
Barclay, A., XLI, 217.
Bard, L., XLI, 567; XLII, 137, 168.
Bardol, XLI, 242, 599.
Barker, XLII, 286.
Barling, Gilbert, XLII, 664, 674.
Barner, B., XLII, 16.
Barron, A., XLII, 256.
Bartels, XLI, 638.
Barthélemy, XLII, 226, 230.
Barié, XLI, 110.
Bartoschewitsch, XLI, 44.
Basset, XLI, 602 ; XLII, 579.
Bastin, A., XLI, 477.
Bauchwitz, M., XLII, 480.
Baudouin, Marcel, XLII, 268.
Bauer, XLII, 609.
Baum, XLII, 19.
Baumm, XLII, 581.
Baümler, XLII, 551.
Bavière, Ferdinand de, XLII, 162.
Bazy, XLII, 279.
Beadles, XLI, 240 ; XLII, 256.
Bean, XLII, 710.
Beatty, Wallace, XLI, 250.
Beaucamp, XLI, 596.
Beausoleil, XLI, 708.
Beaussenat, B., XLII, 271.
Béchet, XLI, 566.
Bechmann, XLII, 124.
Beck, A., XLI, 14, 158, 493.
Becker, XLI, 158.
Bédart, XLII, 410.
Beer, Th., XLI, 425.
Behn, XLII, 8.
Behring, XLI, 73, 82 ; XLII, 93.
Bein, XLI, 485.
Beisswænger, XLII, 473.
Bell, H., XLII, 307.
Bellarminoff, XLII, 422.
Bellasera, Vineta, XLII, 230.
Bellouard, XLI, 693.
Belohous, XLII, 697.
Belval, T., XLII, 244.
Benedikt, XLI, 264.
Bennett, H., XLII, 668.
Berberow, L.-J., XLII, 428.
Berdez, XLI, 1, 64.
Beresowsky, XLI, 462, 471.
Berger, E., XLII, 313, 321.
Berger, P., XLI, 678 ; XLII, 296.
Berggrün, XLII, 211.
Bergmann, E. von, XLI, 675.
Bergonié, XLI, 307 ; XLII, 196.
Bérillon, XLII, 615.
Berkley, Henri, XLI, 137.
Berlioz, XLII, 484.
Berman, XLII, 498.
Bernhardt, M., XLII, 152.
Bernheim, XLI, 187, 534, 561, 604 ; XLII, 41, 577.
Berry, Hart, XLI, 186.
Bertheuron, XLII, 433.
Bertillon, Georges, XLI, 252.
Bertin-Sans, XLII, 698.
Berwald, XLII, 167.
Besnier, E., XLI, 223.
Betcherew, W. von, XLI, 236.
Bethe, XLII, 179.
Bézy, XLII, 214, 604.
Bexelius, XLII, 115.
Bezançon, XLI, 211.
Bianchi, G., XLI, 282.
Bidder, A., XLII, 302, 576, 581.
Biedermann, W., XLI, 27.
Bier, A., XLII, 290.
Biermer, XLI, 607.
Bignami, XLII, 470.
Bihorel, E., XLII, 502.
Binet, Paul, XLI, 205.
Biraud, XLII, 120.
Birch-Hirschfeld, XLI, 144.
Bircher, XLI, 278.
Birnbacher, XLII, 696.
Birwood, A., XLI, 580.
Biscaldi, E., XLI, 147.
Bishop, XLI, 722.
Blachstein, XLI, 497.
Blaizot, XLII, 486.
Blake, XLII, 719.
Blanc, E., XLII, 576.
Blanc, Louis, XLI, 445.
Blanc, H.-W., XLI, 217.
Blaschko, XLI, 627; XLII, 627.
Blessig, XLII, 701.
Bloch, G., XLII, 420.
Blocq, Paul, XLI, 562.
Blondeau, XLII, 558.
Blondel, R., XLII, 508.
Bloodworth, XLI, 530.
Blum, XLII, 177, 482.
Boas, XLI, 29, 149.
Bobroff, A., XLI, 639.
Bocquillon-Limousin, XLI, 527.

Boë, XLII, 315.
Bœck, XLII, 435.
Bœckel, J. XLI, 590, 647, 667; XLII, 194, 196.
Boehni, Ernst, XLI, 672.
Boeteau, XLI, 237.
Bœttiger, A., XLI, 541.
Bogdanik, XLI, 675; XLII, 641.
Bohosiewicz, XLI, 634.
Bohr, Chr., XLI, 22, 422.
Boiffin, A., XLI, 279.
Boinet, XLI, 533, 576.
Bois-Reymond, du, XLI, 91.
Bokaï, XLII, 330, 480.
Boix, XLI, 130.
Boltz, XLII, 180.
Bombicci, G., XLI, 79; XLII, 88.
Bompart, XLI, 518.
Bonaduce, XLII, 67.
Bondzynski, XLII, 426.
Bonome, A., XLI, 120; XLII, 90.
Bonnemaison, XLI, 678.
Bonnier, XLI, 722.
Bonzon, XLII, 611.
Booker, W.-D., XLII, 706.
Bordas, Frédéricq, XLI, 256.
Borel, XLII, 704.
Borutteau, H. XLI, 418.
Bosc, G.. XLI, 33, 450.
Bossi, XLII, 579.
Bothezat, XLII, 243.
Botkin, S., XLI, 78.
Bouchard, XLI, 113; XLII, 256, 546.
Bouilly, XLI, 661; XLII, 195.
Boulay, XLII, 547.
Boulloche, XLII, 706.
Bourdette, XLII, 492.
Bourges, H., XLI, 166, 583, 587; XLII, 476.
Bourgon, de, XLII, 314.
Bourget, XLI, 148, 264.
Bournay, XLII, 455.
Bourneville, XLI, 249.
Bourquelot, C., XLII, 424.
Boursier, XLI, 586; XLII, 193, 196.
Bouveret, L., XLII, 531.
Bowic, XLI, 575.
Boyce, Robert, XLII, 161.
Bradford, E.-H. XLI, 31, 643.
Brambusti, A., XLII, 212.
Brancaccio, F., XLI, 534.
Brandl, J., XLII, 101.
Brandt, L., XLII, 141.
Braquehaye, XLII, 272.
Braun, Richard, XLII, 585.
Braun, Gustave, XLII, 585.
Braun, H., XLI, 654, 709.
Bremme, XLII, 644.
Brennsohn, J., XLII, 439.
Bret, XLII, 555.
Breton, XLII, 213.
Brewis, N.-T, XLI, 180.
Brieger, XLI, 504; XLII, 87.
Brion, XLII, 578.
Brissaud, XLII, 172, 529.
Bristowe, J.-S., XLII, 157.
Broca, A., XLII, 217.
Brocq, XLI, 222, 226; XLII, 219, 220.
Brodier, XLII, 609.
Brooke, H., XLII, 223.
Brouardel, P., XLI, 144; XLII, 131.
Brousse, XLII, 243.
Brown, Sanger, XLI, 134.
Brown-Séquard, XLI, 425, 435, 443; XLII, 121, 446.
Browning, William, XLI, 199.
Bruce, D., XLII, 178.
Brugia, R., XLI, 449; XLII, 541.
Bruhl, XLI, 575; XLII, 95, 150, 158.
Brun, J., XLII, 308.
Brunet, XLII, 172.
Brunn, A. von, XLI, 411; XLII, 408.
Brunon, XLII, 563.
Bruschettini, A., XLI, 81, 88.
Bryan, XLII, 327.
Buchner, H., XLI, 71, 72, 476.
Buchstal, XLII, 459.
Budde, V., XLII, 130.
Budin, XLI, 195, 602, 604; XLII, 192.
Bujwid, O., XLII, 72.
Bull, Stedman, XLII, 325, 699.
Bullard, XLII, 215.
Bumm, XLI, 2.
Burbo, XLII, 304, 405.
Burchardt, Eug., XLII, 436.
Burdett, Henry, XLI, 543.
Burger, H., XLI, 715.
Burkart, R., XLI, 715.
Burkhart, von, XLII, 277.
Burlureaux, Ch., XLI, 105, 544.
Buscarlet, F., XLII, 604.
Busquet, XLII, 619.
Butte, L , XLII, 29, 230, 618.
Buzzi, F., XLII, 509.

C

Cabot, A.-T., XLI, 639.
Cadéac, XLII, 96, 455.
Cahen-Brach, XLII, 239, 600.
Cailleret, A., XLII, 511.
Calantoni, A., XLI, 100, 123.
Calbet, XLII, 657.
Calmette, A., XLII, 461.
Calot, XLII, 261, 292.
Camerer, W., XLII, 416.
Cameron, XLI, 194.
Campana, XLI, 214.
Campbell, J., XLII, 564.
Campbell, A.-W., XLII, 633.
Camuset, XLI, 246; XLII, 247.
Canglia, XLII, 199.

Cann, XLII, 38.
Canon, P., XLI, 51 ; XLII, 82.
Cantacuzène, XLII, 486.
Cantalamessa, C., XLI, 258.
Cantani, Arnaldo, XLI, 105.
Cantu, L., XLI, 123.
Cao, G., XLI, 518.
Capobianco, F., XLI, 67.
Caponotto, A., XLI, 683.
Capparelli, A., XLI, 468.
Cappelletti, XLII, 563, 637.
Carbone, T., XLII, 205.
Caro, O., XLII, 467.
Carreau, J., XLI, 219.
Carrière, XLI, 135.
Cartaz, A., XLI, 303, 308.
Carter, Ernest, XLI, 250, 513, 555.
Caruso, XLI, 188.
Casali, Giovani, XLI, 536.
Caspar, XLI, 697.
Casper, Léopold, XLII, 632.
Cassaet, E., XLII, 488.
Cassedebat, XLII, 132.
Cathelineau, XLII, 233, 479.
Caton, Richard, XLI, 113.
Cattani, G., XLI, 81, 82.
Catterina, XLI, 714; XLII, 226.
Cavallero, G., XLI, 147 ; XLII, 31.
Cavazzani, A., XLI, 19, 416, 468; XLII, 65, 420, 442, 448.
Cavazzani, E., XLI, 15, 232, 416, 468; XLII, 65, 409, 420, 422.
Caviglia, XLI, 592.
Cazeneuve, P., XLI, 555 ; XLII, 225, 647.
Cazin, XLII, 287.
Ceccherelli, XLI, 660.
Cecci, XLI, 679.
Cederschiold, XLI, 709.
Ceni, C., XLII, 449.
Centanni, E., XLI, 88.
Cérenville, de, XLI, 266.
Cerna, D., XLI, 425.
Cery, XLII, 214.
Chabbert, XLII, 545.
Chaddock, XLI, 221.
Chadourne, XLI, 92.
Chalot, XLI, 179 ; XLII, 263, 265.
Chamberland, XLII, 523.
Chambrelent, XLI, 485, 602.
Chaminade, XLII, 504.
Chanson, XLII, 237.
Chantemesse, XLI, 500 ; XLII, 15.
Chapuis, XLI, 581, 673.
Chaput, XLI, 178, 470; XLII, 276.
Charcot, J.-M., XLI, 119, 242 ; XLII, 150, 250, 542.
Charpentier, XLII, 631.
Charpentier, E., XLII, 248, 251.
Charpentier, XLI, 187, 604.
Charrade, XLI, 681.
Charrier, XLI, 234.
Charrin, A., XLI, 441, 447, 472, 473, 476, 480, 495, 496, 515 ; XLII, 67, 444, 446, 447, 448, 468, 475.
Chatelain, XLII, 218.
Chatellier, H., XLI, 305.
Chatenet, XLII, 635.
Chauffard, XLI, 124, 614.
Chaumier, XLII, 203.
Chauveau, A., XLI, 440, 503 ; XLII, 19, 27, 517.
Chauvel, XLI, 722, 723; XLII, 286.
Chavane, XLII, 496.
Chavanne, XLI, 195.
Chavasse, XLII, 329.
Chenot, P.-N., XLI, 83.
Chérot, Henri, XLI, 179.
Chevallereau, XLI, 701 ; XLII, 689.
Cheysson, XLII, 513.
Chiari, XLI, 709, 710 ; XLII, 60.
Chibret, XLII, 310, 703.
Chilow, T., XLII, 451.
Chipault, XLII, 655.
Chittenden, R., XLI, 89.
Chmielewski, XLII, 447.
Chotzen, XLII, 102.
Christen, XLII, 242.
Christian, XLI, 239.
Christiani, H., XLI, 465.
Chrobak, XLII, 584.
Church, Arch., XLI, 637.
Churton, Thomas, XLI, 122; XLII, 534.
Ciamician, G., XLI, 46.
Clado, XLII, 401.
Clarke, Jackson, XLII, 434.
Clœssen, XLI, 53.
Clutton, XLI, 209.
Cochez, XLII, 158.
Cohn, Albert, XLII, 707.
Cohn, Herm., XLII, 690.
Cohnstein, W., XLI, 434 ; XLII, 477.
Coignet, Ph., XLI, 292.
Colas, XLI, 539.
Colasanti, C., XLI, 537.
Collier, XLI, 130.
Colombini, XLI, 223 ; XLII, 223.
Colucci, C., XLI, 18.
Combe, XLII, 594.
Combemale, XLI, 241, 581 ; XLII, 116, 446, 464, 465, 509, 560.
Comby, XLI, 529.
Comte, G.-R., XLI, 280 ; XLII, 162.
Condamin, R., XLII, 121, 275.
Conitzer, XLI, 705.
Conrad, XLI, 638.
Copeman, Monckton, XLII, 21, 516.
Corin, Gabriel, XLII, 644.
Corkhill, G., XLII, 258.
Cornil, XLI, 701 ; XLII, 193.
Corny, V., XLI, 689.
Costello, E.-P., XLI, 579.
Cotterell, XLI, 588.
Coudray, XLI, 298; XLII, 294.
Couillaud, XLII, 222.
Coupard, G., XLI, 304.

Courmont, XLII, 92, 421, 469.
Courtois-Suffit, XLI, 124.
Coutagne, XLII, 647.
Coutrest, A., XLI, 513.
Coyne, P., XLI, 453.
Cozzi, A., XLI, 232.
Cramer, XLII, 150.
Cremer, M., XLI, 518.
Cripps, Harrison, XLII, 673, 676.
Critzman, XLI, 559.
Crolas, XLII, 519.
Cronberg, XLI, 558.
Crooke, G.-F., XLI, 51.
Croom, Halliday, XLI, 177.
Cucco, G., XLI, 120.
Cuffer, XLI, 158.
Cullerre, XLII, 255.
Curtis, XLII, 464.
Cushny, Arthur, XLII, 103.
Czaplewski, XLII, 467.

D

Dabney, XLI, 632.
Dagonet, XLI, 58.
Dally, XLI, 286.
Damieno, A., XLI, 712.
Damiens, XLI, 542.
Damman, G.-W., XLI, 212.
Dana, L.-Ch., XLI, 123 ; XLII, 261.
Dandridge, XLI, 669.
Dangerfield, XLI, 219.
Dansac, Michel, XLI, 581 ; XLII, 712.
Daremberg, G., XLI, 527, 577.
Darier, XLI, 704 ; XLII, 222, 320, 626.
Dastre, A., XLI, 431 ; XLII, 445.
David, XLII, 484.
Davidsohn, XLI, 308.
Day, XLI, 575.
Deanesley, XLII, 292.
Debierre, XLII, 404.
Debove, XLI, 531, 573, 575 ; XLII, 171, 530.
Debraye, XLII, 41.
Decher, XLI, 148.
Defontaine, L., XLI, 271 ; XLII, 709.
Degle, XLI, 117.
Déjerine, J., XLII, 437, 596.
Delagénière, XLI, 173, 645 ; XLII, 196, 218, 656.
Delahousse, XLI, 95.
Delaroche, XLII, 632.
Delaunay, P., XLII, 492.
Delbecque, XLII, 285.
Delbet, P., XLI, 685 ; XLII, 214.
Delecrueillerie, XLII, 310.
Delefosse, XLII, 279.
Delépine, Sheridan, XLI, 47 ; XLII, 42, 146.
Delorme, XLI, 296 ; XLII, 661.
Delpeuch, XLI, 109.
Demme, XLI, 709.
Demoor, J., XLII, 66.
Denys, XLI, 536.
Depoux, XLII, 121.
Dercum, X., XLI, 167.
Derrien, A., XLII, 256.
Derville, XLI, 228.
Deschamps, XLI, 697.
Desché, P., XLI, 293.
Desforges, XLI, 188.
Descottes, F., XLII, 104.
Desnos, XLI, 532.
Devic, XLI, 576.
Deycke, XLII, 179.
Dianoux, XLI, 690.
Dickinson, Lee, XLII, 663.
Didier, Eugène, XLII, 163.
Dietrich, XLI, 669.
Dieulafoy, XLI, 533.
Diller, Théodore, XLI, 635.
Dionisio, XLI, 307 ; XLII, 712.
Dissard, A., XLII, 463.
Dittel, L. von, XLII, 581.
Dittrich, Paul, XLI, 165 ; XLII, 37.
Djelaleddin-Moutchtar, XLI, 227.
Djémil-Bey, XLII, 262.
Dmitri, XLI, 194.
Döderlein, XLII, 577.
Doguel, A., XLII, 3, 13.
Doléris, XLI, 169, 587 ; XLII, 567.
Donaldson, XLI, 127.
Doran, Alb., XLI, 175, 194.
Dornberger, XLII, 593.
Dortel, Emile, XLI, 250.
Dourcy, XLI, 110.
Doutrelepont, XLI, 217.
Doyen, E., XLI, 173, 176, 269 ; XLII, 194, 264, 269.
Doyon, M., XLI, 427, 514 ; XLII, 92, 421.
Dreser, H., XLI, 517, 524.
Dreyfus-Brisac, XLII, 158.
Driessen, XLI, 461.
Drobnik, T., XLI, 674.
Dsirne, XLI, 590.
Dub, XLI, 695.
Dubief, XLI, 704 ; XLII, 689.
Dubois, Raphaël, XLI, 421, 422 ; XLII, 28.
Dubreuilh, XLI, 219 ; XLII, 219, 228.
Dubrueil, XLI, 570.
Du Castel, R., XLI, 616 ; XLII, 227 228, 609, 625.
Ducrey, XLI, 215, 218, 225, 227 ; XLII, 712.
Duffau, XLII, 296.
Dührssen, XLI, 598 ; XLII, 567.
Dujardin-Beaumetz, XLI, 113 ; XLII, 483.
Du Mesnil, XLII, 119, 131, 553.
Dunn, XLI, 219.

Dunbar, XLI, 53.
Dunham, XLII, 80.
Dunlap, XLII, 276.
Dunoyer, XLII, 502.
Duplay, S., XLI, 630; XLII, 287.
Dupraz, XLI, 166.
Dupuy, Eug., XLI, 24; XLII, 123.
Durand, G., XLII, 406.
Dürck, H., XLI, 56, 455.
Duret, XLI, 176.
Duryee, XLI, 166.
Dutil, XLI, 242, 563, 690.
Duval, XLI, 175.
Duval, Mathias, XLI, 13.
Dzierzgowski, XLI, 494.

E

Eberle, A., XLI, 117.
Ebermann, A.-A., XLII, 470.
Eberth, G., XLI, 409; XLII, 645.
Ebstein, W., XLI, 37, 69, 527.
Eckhard, E., XLI, 17.
Eders, Watts, XLI, 510.
Edgeworth, F.-H., XLI, 17.
Edkins, Sydney, XLI, 30, 43.
Egger, F., XLII, 550.
Ehrlich, XLI, 144, 504.
Ehrmann, XLI, 6.
Eichhorst, H., XLII, 413.
Eijkman, C., XLII, 416.
Einhorn, XLII, 501.
Eiseck, XLI, 697.
Eisendrath, W., XLI, 637.
Eisenlohr, XLI, 109; XLII, 172, 539, 554, 560.
Ekstein, E., XLII, 580.
Ellenberger, XLII, 19.
Elliot, XLII, 656.
Ellis, Gilmore, XLII, 634.
Eloy, Ch., XLII, 497.
Elschnig, XLII, 316, 692, 702.
Emich, F., XLII, 40.
Emmert, XII, 312.
Enderlen, XLI, 556.
Engelnäh, XLI, 200.
Engelmann, XLI, 65.
Engelreimers, XLI, 231.
Engström, XLI, 176.
Eraud, XLI, 233; XLII, 242.
Erlanger, XLII, 117.
Ermengen, van, XLII, 495.
Ernst, XLI, 65; XLII, 59.
Eröss, XLI, 195.
Errera, XLII, 431.
Erriquez, E., XLII, 89.
Espine, (d'), XLI, 84.
Estay, XLII, 629.
Etienne, XLII, 201, 466.
Eudlitz, XLII, 238.
Engel, XLII, 403.
Eulenburg, XLII, 149.
Eustache, XLII, 591.
Evans, W., XLI, 137.
Even, XLI, 290.
Evérard, Clémence, XLII, 66.
Ewald, C.-A., XLI, 162, 425, 644; XLII, 113, 622.
Exner, Sigm, XLII, 412.
Eyle, Petrona, XLI, 253.

F

Falcao, Zefirino, XLI, 214.
Falkenberg, A., XLII, 451.
Fallot, XLI, 259.
Fabre, Alexandre, XLI, 85.
Fatris, XLII, 231.
Faggioli, F., XLI, 94.
Faguet, XLI, 265.
Falk, F., XLI, 98, 260; XLII, 130.
Faraggi, XLI, 665.
Farabeuf, XLI, 604.
Fargas, XLII, 566.
Fasola, XLI, 17.
Faure, XLI, 572.
Faure-Miller, XLI, 570; XLII, 502.
Fawitzky, XLI, 490.
Fehling, XLI, 594; XLII, 203, 588.
Feilchenfeld, XLI, 151.
Felici, XLI, 710.
Félix, W., XLI, 173, 408.
Félizet, G., XLI, 297, 634.
Felsenthal, F., XLII, 436.
Fenerley-Bey, XLI, 194.
Fenwick, Henry, XLII, 259.
Fenwick, Soltau, XLII, 552.
Féré. Ch., XLI, 20, 36, 95, 138, 244, 517; XLII, 536, 634.
Ferguson, G., XLI, 128.
Fernandez, Santos, XLI, 695; XLII, 576.
Fernbach, XLII, 523.
Fernet, XLI, 577.
Ferran, J., XLI, 503.
Ferrari, XLI, 615.
Ferreira, XLII, 115, 505.
Février, XLII, 263, 305.
Feulard, XLI, 616, 621; XLII, 615, 625.
Fideli, XLI, 147.
Fiedler, XLI, 530.
Fielitz, XLII, 179.
Filandeau, XLI, 618.
Filippi, XLII, 631.
Finger, XLI, 228; XLII, 242.
Fiocco, XLII, 231.
Fisher, Edward, XLI, 101.
Fitzgerald, XLII, 714.
Flahaut, XLII, 508.

Flamm, XLII, 501.
Flaum, M., XLI, 437.
Fleiner, XLI, 462; XLII, 114.
Flemming, W., XLI, 414.
Flesch, Max, XLII, 716.
Fletcher, Morley, XLI, 141.
Flexner, XLII, 437.
Flint, W.-H., XLI, 540.
Foa, P., XLI, 48, 79; XLII, 435.
Fodera, A., XLI, 91.
Fokker, XLII, 457, 463.
Foller, von, XLII, 514.
Fonda, R., XLI, 450.
Fontan, XLI, 655.
Forgue, XLII, 267.
Foulerton, XLII, 613.
Fournier, Alfred, XLI, 624; XLII, 215, 232, 235, 626, 627.
Fournier, Henri, XLI, 228.
Fox, Bradley, XLI, 242.
Fox, Colcott, XLI, 206; XLII, 256.
Frænkel, A, XLI, 458; XLII, 270.
Frænkel, Eug., XLI, 260; XLII, 58, 94, 180, 456, 494.
Franc, XLI, 115.
Frank, Otto, XLI, 82, 437.
Frank, G., XLII, 90.
Franks, Kendal, XLII, 672.
Frankel, XLI, 106.
Fränkel, C., XLI, 158; XLII, 696.
Frêche, XLI, 714; XLII, 714.
Frédericq, Léon, XLI, 24; XLII, 23, 415.
Frenkel, Henri, XLI, 497, 544.
Frentzel, A., XLI, 283.
Freudenreich, von, XLI, 547, 548.
Freund, C.-S., XLI, 135.
Freund, Ernst, XLI, 36, 450.
Freund, H.-W., XLI, 594; XLII, 588.
Freundberg, XLI, 117.
Frey, von, XLI, 68; XLII, 415.
Freyhan, XLII, 611.
Friedmann, XLI, 198; XLII, 595, 602.
Friedrich, XLI, 152.
Frœlich, L., XLI, 683, 687; XLII, 516.
Fromaget, XLII, 310.
Frömmel, XLII, 588.
Fromont, XLII, 28.
Fronda, XLII, 640.
Fuchs, XLII, 311.
Fullerton, XLI, 603.
Fürbringer, XLI, 129, 151; XLII, 111, 554.
Fürstner, XLII, 156.
Furthmann, XLI, 619.
Fusari, R., XLI, 410; XLII, 402.
Fussell, XLI, 540.

G

Gabriel, S., XLI, 514.
Gad, XLI, 26.
Gaetano, Luigi de, XLI, 707.
Galeotti, G., XLI, 477.
Galewski, XLII, 223.
Galezowski, XLI, 693; XLII, 236, 700.
Galippe, V., XLII, 453.
Gallemaertz, XLII, 309.
Gallerani, G, XLI, 18.
Galliard, L., XLI, 109, 146, 156, 160.
Galli-Valerio, B., XLII, 509.
Galloway, XLII, 43, 435.
Galmard, G., XLII, 510.
Galtier, V., XLI, 493, 691; XLII, 702.
Gamaleïa, N., XLI, 475, 503.
Gangolphe, Michel, XLI, 209, 294, 663, 684.
Gara, XLII, 428.
Garat, XLII, 636.
Garcia, S. A., XLII, 431.
Garel, J., XLI, 303, 717; XLII, 707.
Garnault, XLI, 710.
Garnier, XLII, 295, 542.
Garrod, A., XLI, 448.
Gassend, M. A., XLII, 136.
Gasser, J., XLII, 176.
Gastou, XLII, 620.
Gatti, G., XLI, 178, 224.
Gaucher, XLI, 615.
Gaudier, XLII, 116.
Gautier, A., XLI, 419.
Gauthier, Gabriel, XLI, 582.
Gay, William, XLII, 596.
Gayet, XLII, 303.
Geberg, A., XLII, 6.
Gebhard, C., XLI, 628.
Geelmunden, H., XLII, 109.
Gehuchten, van, XLI, 403.
Genersich, A. von, XLII, 58.
Geisler, Th., XLI, 531.
Gélis, XLI, 428.
Gelpke, XLII, 567, 572.
Gérard, E., XLI, 41.
Gerber, XLII, 713.
Gerdes, XLI, 597.
Gerhard, F., XLII, 521.
Gerhardt, XLI, 142; XLII, 152.
Gerlach, XLII, 55.
Germano, XLII, 92.
Gerster, XLII, 255.
Gessard, C., XLI, 477.
Gheorghiu, XLII, 469.
Ghilarducci, XLII, 542.
Gianturco, V., XLI, 482.
Gibson, John, XLII, 258.
Giffen, Emmett, XLII, 684.
Gilbert, A., XLI, 124; XLII, 12, 463.

Giles, G.-M., XLI, 579.
Gilford, Hastings, XLII, 682.
Giovanni, A. de, XLI, 149.
Giovannini, S., XLII, 237.
Girode, XLI, 574; XLII, 180.
Glaeser, E., XLI, 537.
Gleason, E. B., XLI, 304.
Gley, E., XLI, 428, 465, 468, 472; XLII, 29, 422, 444.
Glogner, Max, XLII, 562.
Glogowski, XLI, 552.
Gluck, XLI, 263.
Gmelin, XLI, 413.
Godivier, XLII, 639.
Goldberg, XLI, 597.
Goldenberg, A., XLII, 98.
Goldscheiden, XLI, 26.
Goldschmidt, XLII, 617.
Goldzieher, XLII, 694.
Golgi, C., XLI, 512.
Goodall, XLI, 243.
Gordon, XLI, 122.
Gosio, B., XLII, 493.
Gotch, P., XLI, 15, 16; XLII, 598.
Gotchaux, XLII, 591.
Gotteland, XLII, 303.
Gottlieb, N., XLI, 511.
Gottschalk, XLI, 588; XLII, 197.
Goubaroff, XLI, 172.
Gould, Pearce, XLII, 687.
Gouget, XLI, 158.
Gougis, A., XLI, 185.
Gouguenheim, XLII, 712.
Goullioud, XLI, 169, 172.
Gouraud, XLII, 283.
Gourlay, de, XLI, 697.
Gow, W., XLI, 440.
Gowing-Middleton, XLII, 642.
Grabower, XLI, 308.
Gradenigo, XLI, 710, 723; XLII, 711.
Græfe, A., XLI, 702; XLII, 317.
Grandis, V., XLI, 22.
Grandke, Hans, XLII, 126.
Grandmaison, XLII, 626.
Grandon, XLII, 540.
Graser, Ernst, XLI, 647; XLII, 668.
Grasset, J., XLI, 523; XLII, 149, 538.
Grawitz, Paul, XLI, 72; XLII, 41, 414.
Gray, XLII, 261.
Grazia, F. de, XLI, 51; XLII, 597.
Greffin, L., XLI, 582.
Greeff, R., XLII, 13, 703.
Gréhant, XLI, 523; XLII, 106.
Grenier, XLII, 163.
Grigorescu, XLI, 92.
Grœnouw, XLI, 699.
Gross, XLI, 631.
Grosse, U., XLII, 17.
Grossmann, XLI, 721.
Grosz, J., XLI, 206.
Groves, E.-W., XLI, 34.
Gruber, Max, XLI, 424.
Gruenfeld, A., XLII, 97.
Gruenhagen, XLI, 444.
Gruenwald, L., XLI, 309.
Gruet, E. XLI, 539.
Guarnieri, G., XLI, 149; XLII, 465.
Guelliot, XLI, 212.
Guément, XLII, 323.
Guéniot, XLII, 199.
Guépin, A., XLII, 317, 318.
Guérin, G., XLI, 42.
Guermonprez, XLI, 228, 298, 661.
Guido, L., XLII, 684.
Guillebeau, XLII, 519.
Guillemain, XLI, 283.
Guillemet, XLII, 213.
Guinard, L., XLI, 452; XLII, 427, 476.
Guinochet, XLI, 84.
Guinon, XLI, 124.
Guisetti, P., XLI, 435.
Guizzetti, Pietro, XLII, 539.
Gumlich, G., XLI, 37.
Günther, XLII, 457.
Gurowitsch, XLII, 322.
Gussenbauer, C., XLII, 300.
Gutzmann, XLII, 328.
Gutnikow, Z., XLI, 89.
Guttmann, XLII, 130, 178, 179, 481, 506.

H

Haberda, Albin, XLII, 646.
Hache, Maurice, XLI, 670.
Hadra, XLI, 644.
Haccius, Ch., XLI, 481.
Hægler, K.-S., XLI, 597; XLII, 450.
Hæhl, XLII, 297.
Haffkine, W.-M., XLI, 503.
Hahn, E., XLI, 623; XLII, 63.
Haig, A., XLI, 34; XLII, 120, 598.
Hajek, XLI, 305, 722.
Hale, White, XLI, 118, 717.
Hale, G., XLII, 256.
Haldane, J., XLI, 554.
Hallé, N., XLII, 463.
Halliburton, W., XLI, 39, 438.
Hallion, XLI, 563.
Hallopeau, XLI, 223, 224; XLII, 224, 225, 227, 427, 609, 620.
Haltenhoff, XLI, 690; XLII, 312.
Hamaide, E., XLII, 253.
Hamburger, O., XLI, 410.
Hamburger, H.-G., XLI, 45, 431.
Hamel, XLII, 250.
Hammarsten, XLI, 39.
Hammer, H., XLI, 520.
Hammerl, Hans, XLI, 253.
Hammond, XLII, 110, 122.
Hamonic, XLII, 279.

Hankin, E., XLI, 496.
Hanns, XLI, 456.
Hanot, XLII, 171, 436, 556.
Hanriot, XLI, 516; XLII, 480.
Hansen, Charles, XLII, 302.
Hansemann, D., XLI, 460; XLII, 48.
Harajewicz, XLII, 571.
Harley, Vaughan, XLI, 25, 68, 576.
Harnack, Erich, XLII, 650.
Harold, John, XLII, 174.
Harris, V., XLI, 440, 603; XLII, 591.
Harry, P.-F., XLI, 597.
Hartmann, XLII, 277.
Hartley, Frank, XLI, 682.
Haskovec, L., XLII, 445.
Haultain, XLI, 179.
Hauser, XLII, 49, 437.
Haushalter, XLII, 466.
Hawkins, F., XLII, 557, 559.
Hayem, Georges, XLI, 101, 109, 219, 535.
Haycraft, J.-B., XLI, 34.
Héan, P., XLI, 570.
Heath, XLII, 657.
Hebold, XLI, 403.
Hegg, XLII, 690.
Hédon, E., XLI, 428, 435, 468.
Hehner, O., XLII, 131.
Heidemann, W., XLI, 50.
Heidenhain, M., XLII, 10.
Heim, XLI, 74.
Heinz, R., XLI, 537; XLII, 102.
Heintze, XLII, 266.
Heise, XLII, 522.
Heitzmann, XLI, 613.
Helferich, XLII, 267.
Heffter, A., XLII, 425.
Hélary, XLII, 712.
Helman, M.-C., XLII, 72.
Henneguy, F., XLII, 11.
Hennequin, XLI, 673.
Hennig, C., XLII, 407, 481.
Henrotay, XLII, 488.
Henry (Mme), XLI, 185.
Henry, John, XLII, 642.
Henriquez, V., XLI, 22, 422, 423, 430.
Herbert, L., XLI, 95.
Herft, Otto (von), XLI, 597.
Herman, G.-E., XLI, 184.
Hermann, H., XLI, 75.
Herbert, L., XLI, 36.
Héricourt, G., XLI, 75, 487.
Herrgott, XLII, 578.
Herrick, G., XLII, 282.
Herringham, W., XLI, 34.
Herrnheiser, XLII, 316.
Hertwig, O., XLI, 473.
Herzfeld, K.-A., XLI, 109; XLII, 569.
Hess, C., XLI, 691; XLII, 313, 698, 699.
Heurtaux, XLII, 681.
Heusner, L., XLII, 289.
Heuss, E., XLI, 32.
Hewlett, R., XLI, 43, 438.
Heydenreich, XLII, 667.
Heymann, P., XLI, 704; XLII, 714.
Hilbert, XLII, 167, 693.
Himely, XLII, 304.
Hippel, V., XLI, 131; XLII, 316.
Hirsch, A., XLII, 26.
Hirsch, Karl, XLII, 144.
Hirschberg, G., XLI, 695, 701, 702; XLII, 122, 701.
Hirschmann, E., XLI, 16.
Hirst, B.-C., XLI, 603.
His, W., XLI, 401; XLII, 240.
Hitzig, Edouard, XLII, 105.
Hœffinger, XLI, 709.
Hoelzl, XLI, 584.
Hoffa, XLI, 220.
Hoffmann, G., XLII, 536.
Hofmokl, XLI, 661.
Hohenberger, XLII, 308.
Holm, Harold, XLII, 3.
Holman, Constant, XLII, 258.
Holsti, XLII, 515.
Hoorn, Van, XLII, 620.
Hopkins, Gowland, XLI, 451.
Hoppe, Hermann, XLI, 131; XLII, 622.
Hoppe-Seyler, G., XLI, 36, 198; XLII, 170.
Hood, Charles, XLII, 556, 561.
Horsley, Victor, XLI, 245.
Hosel, O., XLII, 54.
Houlky-Bey, XLI, 232.
Howell, XLI, 57.
Huber, G., XLI, 57.
Huber, A., XLI, 436; XLII, 52.
Huchard, H., XLI, 138; XLII, 156.
Hudelo, XLII, 238, 614, 626.
Huebner, E., XLI, 530.
Huet, XLI, 168.
Hue, F., XLI, 211.
Hueter, XLI, 184.
Hufschmidt, XLI, 462.
Hüfner, G., XLI, 445.
Hughes, A.-W., XLII, 18.
Hugounenq, L., XLI, 41, 233, 576; XLII, 242, 432.
Huguenin, XLII, 548.
Hunnius, XLII, 179.
Hunter, William, XLII, 552.
Hutchinson, XLII, 672.
Hutinel, XLII, 220.

I

Ide, Manille, XLI, 430.
Ihle, XLI, 621.
Ilott, Herbert, XLII, 607.
Ingals, XLII, 707.

Innocente, XLII, 449.
Israel, O., XLI, 64, 285 ; XLII, 281.
Issaeff, B., XLII, 77.

J

Jaboulay, XLI, 272, 644, 647, 666, 684 ; XLII, 654.
Jaccoud, XLII, 199.
Jacobi, XLI, 616.
Jacobs, XLI, 172 ; XLII, 190.
Jacobson, A., XLI, 446 ; XLII, 322.
Jacques, XLI, 613.
Jadassohn, XLII, 243.
Jaksch, R., XLI, 45, 246 ; XLII, 32, 492, 493, 686.
Jakowsky, XLII, 31, 162.
Jalaguier, XLII, 681.
Janet, Pierre, XLI, 135 ; XLII, 241, 543.
Jänner, XLII, 703.
Janowski, W., XLI, 54.
Janssens, XLII, 123.
Jaquet, A., XLI, 446 ; XLII, 219.
Jarrige (de la), XLII, 111.
Jastrowitz, M., XLI, 37.
Jawein, G., XLI, 502 ; XLII, 114.
Jdanoff, XLII, 252.
Jean, Fred., XLII, 519.
Jeannel, XLI, 300 ; XLII, 663, 715.
Jeanselme, XLI, 224 ; XLII, 177, 227.
Jegarow, J., XLI, 402.
Joachimsthal, G., XLII, 657.
Joffroy, XLII, 254, 538.
Johannovsky, V., XLI, 174.
Jolasse, XLI, 106.
Joly, F., XLI, 417.
Jollye, F., XLI, 203.
Jones, Lloyd, XLI, 25.
Joos, Bernhard, XLII, 597, 654.
Joseph, Max, XLI, 221.
Josserand, XLI, 80.
Joullié, XLII, 611.
Jouve, XLI, 186.
Juhel-Renoy, XLI, 535 ; XLII, 221, 560.
Jullien, XLII, 687.
Jungfleisch, XLI, 555.
Jurgens, N.-H., XLII, 26.

K

Kaensche, XLII, 553.
Kahane, XLI, 451.
Kahlden, XLI, 62 ; XLII, 51, 56.
Kaiser, K., XLI, 435 ; XLII, 415.
Kalt, XLII, 689.
Kaltenbach, R., XLI, 597.
Kamen, XLI, 502.
Kammerer, F., XLII, 275.
Kanders, XLI, 23.
Kanthack, A.-A., XLI, 217, 495 ; XLII, 68.
Karewski, XLI, 208, 677.
Karlinski, J., XLI, 545, 574.
Kascharoff, XLII, 580.
Kast, A., XLII, 99.
Katz, L., XLII, 718.
Katzenstein, J., XLI, 427.
Kaufmann, XLI, 440 ; XLII, 27, 107.
Kazem-Beck, XLII, 505.
Kazzander, J., XLI, 411.
Keen, W., XLI, 642 ; XLII, 436.
Kehr, Hans, XLII, 682.
Kehrer, F.-A., XLI, 423.
Kelle, XLI, 143.
Keller, XLI, 712.
Kellog, H,-J., XLII, 30 ; XLII, 245.
Kemmerich, XLII, 420.
Kent, Stanley, XLI, 404.
Kern, Robert, XLI, 700.
Kerschbaumer, XLI, 698.
Keresztszeghy, XLI, 456, 653.
Ketel (van), XLII, 75.
Ketscher, N., XLI, 503.
Kickhefel, G., XLI, 5.
Kiesselbach, XLII, 409.
Kijanitzin, XLII, 652.
Kionko, H., XLI, 478.
Kirby, XLI, 59.
Kirchner, Martin, XLII, 87.
Kirmisson, XLI, 640 ; XLII, 293, 607.
Kirstein, Alfred, XLI, 59.
Kiseleff, XLII, 255.
Kjellman, XLII, 710.
Klebs, XLI, 488 ; XLII, 117.
Klecki, C., XLII, 16.
Klein, E., XLII, 459.
Klemperer, G., XLI, 152 ; XLII, 84.
Klippel, XLI, 242 ; XLII, 253.
Kluge, R., XLII, 70.
Kobert (von), XLI, 93 ; XLII, 35, 520.
Koch, XLII, 485, 602.
Kocher, XLI, 663.
Kœberlé, XLII, 194.
Kœhler, J., XLI, 257.
Kœhler, R., XLI, 623.
Kœppen, XLII, 563.
Kœrfer, XLII, 514.
Koerte, XLI, 281.
Kœrte, W., XLI, 202, 656, 659, 671.
Koffer, XLII, 584.
Kollmann, XLI, 297, 626.
Kohn, XLII, 55.
Kohos, XLI, 247.
Kolisch, XLI, 29.
Kolster, Budolf, XLI, 458.
Koplik, XLI, 706.

Koppen, XLI, 510.
Korach, XLII, 119.
Koranyi, Cl. von, XLI, 27.
Kornfeld, S., XLI, 145.
Korolkow, P., XLI, 407.
Kortmann, XLI, 118.
Kossa, XLII, 98.
Kossel, XLI, 158; XLII, 179.
Kostenitsch, XLI, 486; XLII, 73, 553.
Kramer, XLI, 704.
Krannhals, Hans, XLII, 85.
Krassowsky, XLII, 580.
Kratter, G., XLI, 253, 256.
Krause, H., XLI, 715.
Krefting, XLII, 239, 629.
Kriege, H., XLII, 665.
Kries, von, XLI, 21.
Krœsing, R., XLI, 58.
Kromayer, XLII, 222, 613.
Krönlein, R.-U., XLII, 263.
Krueger, Fried, XLI, 450.
Kruger, XLII, 69, 667.
Krukenberg, R., XLI, 589.
Kruse, W., XLI, 490; XLII, 67.
Kuborne, A., XLII, 41.
Kuborn, Hyac., XLI, 252.
Kuhn, F., XLII 170, 487.
Kühne, W., XLI, 438.
Kümmell, XLI, 106, 246, 298, 647.
Kümmer, XLI, 671; XLII, 279.
Kupffer, XLI, 8.
Kurrer, Arnold, XLII, 140.
Kurt, Muller, XLI, 409.
Kurz, XLII, 206.
Kuskoff, N., XLII, 57.
Kusnezow, XLII, 433.
Kuttner, XLII, 603.
Kyle, XLII, 477.

L

Labadie-Lagrave, XLI, 173, 182, 185, 532, 602; XLII, 533.
Labbé, XLII, 247.
Labitte, XLII, 695.
Laborde, XLII, 142.
Labusquière, XLI, 182.
Lacour, E., XLI, 547.
Lafage, XLII, 479.
Laffitte, XLI, 240.
Lafourcade, XLII, 569.
Lagneau, XLI, 214.
Lagrange, XLII, 501.
Laker, XLI, 709.
Lamal, XLII, 477.
Lamari, XLI, 467.
Lambotte, XLI, 658.
Lamy, XLI, 563; XLII, 623.
Lancereaux, XLI, 114, 213; XLII, 50.
Landais, Mlle, XLI, 542.
Landerer, XLI, 116; XLII, 499.
Landergren, Ernst, XLI, 442.
Lane, Arbuthnot, XLII, 689.
Lang, G., XLI, 32; XLII, 577.
Lange, XLI, 644; XLII, 321.
Langenbuch, XLI, 265, 612.
Langerhans, R. XLI, 463.
Langermann, G., XLII, 31, 135.
Langley, J.-N. XLI, 18, 94, 443.
Langley, W., XLI, 404.
Langlois, P., XLI, 441; XLII, 446.
Lannelongue, XLII, 287.
Lannois, XLI, 236, 247, 581; XLII, 331.
Lanz, L., XLII, 232.
Lanz, Otto, XLI, 274, 650; XLII, 330.
Lapasset, XLI, 553.
Lapicque, L., XLII, 417.
Laplanche, XLI, 528.
Laporte, V., XLII, 504.
Largeau, R., XLI, 177.
Larkin, XLI, 273.
Laroyenne, XLI, 172.
Larsonneur, XLII, 679.
Laser, Hugo, XLI, 152, 522.
Lassar-Cohn, XLI, 45.
Laudin, J., XLI, 554.
Lauenstein, XLI, 106, 289, 678.
Laulanié, XLI, 420, 421.
Lauwers, XLI, 173.
Lauzéral, R., XLII, 104.
Lava, G., XLII, 112.
Laveran, A., XLI, 501, 580; XLII, 171, 564.
Lawaschew, XLI, 506.
Lawtschenko, J., XLI, 48.
Lazarus, A., XLII, 81, 82.
Lebell, XLII, 100.
Lebbin, XLII, 520.
Lecercle, L., XLII, 489.
Leclainche, XLII, 441.
Lecorché, XLI, 162.
Le Dantec, XLI, 101; XLII, 544.
Le Dentu, XLI, 631; XLII, 266, 710.
Lee, F.-S., XLII, 410.
Leeds, XLI, 545.
Lees, D.-B., XLII, 500.
Lefèvre, E., XLI, 267.
Lefèvre, H., XLII, 479.
Le Gendre, XLII, 529.
Legrain, XLII, 41.
Legrand, XLII, 234.
Legueu, XLI, 210.
Lehman, K.-B., XLI, 523.
Lehmann, Curt. XLII, 418.
Lehmann, F., XLII, 579.
Leibholz, XLI, 97.
Leichtenstern, XLII, 176.
Lejars, XLII, 293.
Lelion, C., XLII, 172.
Leloir, H., XLI, 610.
Lemaistre, XLI, 706.

Lemcke, XLII, 718.
Lemelletier, XLII, 695.
Lemke, XLI, 298.
Lemoine, G., XLI, 522; XLII, 30.
Lemoult, XLI, 519.
Lenhossek, M. von, XLII, 4, 413.
Leopold, G., XLI, 190; XLII, 581.
Leparquois, XLII, 558.
Lépine, R., XLII, 26, 555.
Lermoyez, XLI, 707.
Lermuseau, XLII, 474.
Leroy, XLI, 133.
Lesage, XLI, 87.
Lescure, XLI, 530.
Letoux, Max., XLII, 106.
Letulle, Maurice, XLII, 515.
Leubuscher, XLII, 489.
Leudesdorf, XLI, 106.
Leva, J., XLII, 535.
Lewin, XLII, 702.
Lévy, Maurice, XLII, 573.
Lévy, XLII, 174.
Lewers, A.-H.-N., XLI, 187.
Lewine, A., XLII, 57.
Leyden, XLI, 629; XLII, 58.
Lhôte, XLI, 97.
Lichtheim, XLII, 145.
Liebermann, L., XLII, 38.
Liebrecht, A., XLII, 102.
Liebreich, XLII, 481.
Lilienfeld, Léon, XLI, 431; XLII, 107, 492.
Limont, XLI, 273.
Lindfors, A.-O., XLI, 287.
Lindhagen, Em., XLI, 423.
Lindmann, XLI, 593.
Linossier, G., XLII, 30.
Linstow, von, XLII, 176.
Lion, G., XLII, 463.
Litten, XLI, 85; XLII, 58.
Livon, XLII, 26.
Llobet, XLI, 285, 636.
Lloyd, XLI, 296; XLII, 207, 265, 278.
Lockwood, XLI, 560; XLII, 667, 668.
Loewit, XLII, 164.
Lœwy, XLI, 425.
Lohaus, XLI, 98.
Lombard, Warren, XLI, 20.
Lombroso, XLII, 404, 617.
Londe, XLI, 238.
Longard, XLI, 136.
Longuet, XLI, 297.
Lonnberg, J., XLI, 40.
Loomis, XLI, 59.
Lo Monaco, XLII, 492.
Loranchet, XLII, 116.
Lorenz, Adolf, XLI, 677.
Loukachewitch, XLII, 455.
Lovett, W., XLI, 294, 720.
Lowson, D., XLII, 661, 676.
Lubarsch, XLI, 158; XLII, 90.
Luc, H., XLII, 328.
Lucet, A., XLII, 95.
Luchsinger, XLII, 168.
Lucron, XLII, 558.
Luigi, F., XLII, 507.
Lundie, XLII, 258.
Lunz, A., XLII, 595.
Luys, J., XLII, 637.
Luzet, Ch., XLI, 583.
Lydtin, XLII, 76.
Lyonnet, XLII, 413.

M

Maass, XLI, 632.
Maassen, A., XLII, 472.
Macaigne, XLI, 87.
Machol, XLII, 153.
Mackenzie, G.-Hunter, XLII, 707.
Mackenzie, H., XLII, 508.
Mackenzie, W., XLII, 256.
Mackenrodt, XLII, 567.
Macpherson, XLI, 56, 244, 249; XLII, 635.
Macready, XLII, 668.
Madelung, XLI, 653.
Maggiora, A., XLI, 550.
Magitot, XLI, 213; XLII, 203.
Magnan, XLI, 238, 239; XLII, 250.
Maigre, XLII, 148.
Mairet, XLI, 33; XLII, 636.
Maisel, XLII, 485.
Majocchi, XLII, 718.
Makins, XLII, 659, 678.
Maksutoff, XLII, 474.
Malapert, XLII, 568.
Malassez, XLII, 23.
Malbec, XLI, 521; XLII, 101.
Mall, F., XLII, 20.
Mallet, Henri, XLI, 178.
Mallary, XLII, 61.
Manasse, P., XLI, 456.
Manca, Gregorio, XLI, 19.
Manchot, XLII, 117.
Mandillon, XLII, 648.
Mankiewicz, Otto, XLII, 686.
Manley, XLII, 284.
Mann, Dixon, XLII, 150, 410, 494.
Mannaberg, XLI, 86.
Mannig, D., XLI, 29.
Manning, XLII, 561.
Manson, Patrick, XLII, 562.
Manteuffel, von, XLI, 269.
Maragliano, XLI, 54.
Marandon de Montyel, XLII, 640, 641.
Marbaix, H. de, XLI, 482.
Marcacci, A., XLII, 490.
Marcantonio, A., XLI, 68.
Marchiafava, XLII, 470.
Marcy, Henry, XLII, 668.
Marès, F., XLI, 421.
Marfan, XLII, 529.

Marfori, XLI, 520.
Marianelli, XLI, 224, 621.
Mariantchik, XLII, 190.
Marie, P., XLII, 230.
Marie, René, XLII, 15.
Marignac, de, XLI, 84.
Marimo, XLI, 251.
Marinesco, G., XLI, 470; XLII, 53.
Marino, Sal., XLII, 641.
Mario, XLII, 419.
Marks, XLII, 267.
Marois, XLII, 504.
Marpmann, G., XLII, 70.
Martel, L., XLII, 672.
Martin, Edward, XLII, 239.
Martin, XLII, 167.
Martin, E., XLI, 523.
Martin, G., XLI, 693.
Martin, XLI, 193.
Martin, XLI, 297.
Masen, V., XLII, 63.
Masini, G., XLII, 412.
Masius, XLII, 509.
Masoin, XLII, 614.
Masucci, XLI, 710.
Massalongo, R., XLI, 137, 168; XLII, 478, 497, 559.
Massart, XLII, 66.
Massazza, XLI, 255.
Massei, F., XLI, 712.
Matignon, XLII, 268.
Matlakowski, XLI, 275.
Mathieu, XLI, 124, 577, 614; XLII, 156, 427.
Mathieu, Aimé, XLII, 232, 500.
Matthes, XLII, 169.
Mauclaire, XLI, 290, 617; XLII, 681.
Maude, Art., XLI, 129.
Maunoury, XLII, 272.
Maunsell, XLI, 274.
Mauny, XLII, 261.
Maurea, XLII, 92.
Maurel, E., XLI, 90; XLII, 74, 89, 433.
Mauriac, XLII, 235.
Mauthner, G., XLI, 514.
Maximovitsch, XLI, 142.
Maydl, XLI, 646.
Mayer, H., XLI, 512.
Mayer, W., XLI, 557.
Maygrier, XLII, 571.
Mayo, Ch., XLII, 597.
Mazucci, XLII, 324.
Mazza, XLII, 629.
Medina, Puyo, XLI, 622.
Meigs, Arthur, XLI, 52.
Meller, J., XLII, 443.
Meltzer, S.-G., XLI, 23.
Ménard, XLI, 293; XLII, 292.
Méneau, XLII, 225.
Mendel, XLII, 256, 258, 621, 627, 643.
Menicanti, XLII, 22.
Menzi, E., XLI, 449.
Menzies, XLII, 546.
Mercier, G., XLI, 446.
Merkel, Fr., XLI, 412, 558.
Merklen, XLI, 569.
Merlin, XLI, 188, 607.
Méry, XLII, 599.
Meslet, XLII, 54.
Messner, XLI, 634, 640.
Mesnet, E., XLI, 235.
Metchnikoff, Elie, XLI, 473, 480; XLII, 46, 460.
Metzner, XLI, 21.
Meunier, A., XLII, 96.
Meusi, E., XLII, 205, 209.
Meusnier, XLI, 201.
Meyer, E., XLI, 428; XLII, 21, 22, 439.
Meyer, H., XLI, 509.
Meyer, XLII, 312, 313, 320.
Michael, G., XLI, 106; XLII, 580.
Michailowski, XLII, 147.
Michaut, XLII, 490.
Michaux, XLII, 190.
Michel, XLII, 701.
Michele, de, XLI, 99; XLII, 234.
Micheli, P. de, XLI, 623.
Mickle, Julius, XLI, 235.
Mies, J., XLII, 18.
Mikulicz, XLII, 662.
Miles, Alexandre, XLI, 261.
Millard, H.-H., XLI, 113.
Miller, Shalders, XLII, 207.
Milligen, van, XLII, 305.
Mills, Charles, XLI, 127.
Mingazzini, XLII, 411.
Minguet, XLII, 283.
Minkowski, XLI, 68.
Minor, L., XLI, 560.
Mitvalsky, XLII, 309.
Miura, Kimosuke, XLII, 543.
Mizerski, A., XLII, 30.
Möbius, XLI, 126, 136, 166; XLII, 248, 318, 646.
Mœller, XLI, 105.
Moizard, XLI, 166.
Mollière, XLI, 118.
Momidlowsky, XLII, 429.
Monakow, XLI, 557.
Moncorvo, XLI, 122, 199; XLII, 208, 209, 210, 231, 506.
Monod, XLI, 661; XLII, 272.
Montané, L., XLII, 441.
Montaz, XLI, 293.
Montefusco, Alf., XLI, 552.
Monti, A., XLII, 211, 492.
Montuori, A., XLII, 449.
Moor, G.-J., XLII, 523.
Morat, J.-P., XLI, 4, 417, 426, 514.
Morisani, XLI, 187.
Morison, Rutherford, XLII, 679.
Moritz, XLI, 584; XLII, 648.
Mory, E., XLII, 507.
Morozoff, XLI, 92.

Morpurgo, XLI, 402, 489.
Morrice, XLI, 302.
Morse, XLI, 294.
Morton, XLII, 593.
Moser, XLI, 415.
Mosetig-Moorhof, XLI, 540, 660; XLII, 511, 680.
Mossé, XLI, 115; XLII, 541.
Mosso, U., XLI, 94, 415; XLII, 477.
Mott, W., XLI, 2.
Moty, XLI, 655; XLII, 231, 286.
Moubouyran, XLI, 284.
Moullin, M., XLII, 676.
Mounier, XLI, 709.
Moure, XLI, 307, 719.
Moussous, André, XLII, 592.
Moussu, G., XLI, 465; XLII, 29, 422.
Mracek, XLI, 229.
Mudd, Henry, XLI, 636.
Mueller, Hermann, XLII, 204, 418, 568.
Mugdan, XLII, 210.
Muhll, von der, XLI, 533.
Muir, Robert, XLII, 56.
Muller, XLII, 692, 705.
Muller, Franz, XLII, 439.
Muller, Erik, XLII, 5.
Müller, H.-F., XLII, 166, 168.
Muller, Max, XLII, 47.
Müller, Vitalis, XLII, 46.
Muller, W., XLI, 453.
Mullerheim, XLI, 188, 190.
Munk, I., XLII, 418.
Murisier, XLII, 516.
Musehold, XLI, 547.
Muttermilch, XLII, 311.
Mya, Giuseppe, XLII, 212.

N

Nabias, B. de, XLI, 302.
Nageotte, XLII, 638.
Nannotti, A., XLI, 34, 647, 680; XLII, 454.
Nanu, XLI, 578.
Napier, XLII, 256.
Nason, E., XLI, 206.
Nasse, D., XLII, 62, 301.
Nauwerck, XLI, 462.
Neebe, XLI, 619.
Neher, F., XLII, 39.
Neisser, XLI, 234.
Nencki, XLI, 508; XLII, 30, 63, 134.
Nepveu, G., XLII, 440.
Netter, XLII, 529.
Neuberger, G., XLI, 515.
Neugebauer, XLII, 589.
Neumann, XLI, 214, 624; XLII, 98, 412.
Neve, A., XLI, 285.
Neve, Ernest, XLI, 216.
Newcomb, J.-E., XLI, 304, 717.
Nicolaier, XLI, 69, 80.
Nicolle, XLII, 486, 629.
Nicoulau, XLII, 254.
Nieden, XLI, 692; XLII, 317.
Niebergall, XLII, 403.
Niemann, XLII, 472.
Nikiforoff, XLI, 463; XLII, 51.
Nogués, Paul, XLII, 285.
Nolan, XLII, 251.
Nonne, M., XLII, 236.
Noorden, von, XLII, 33, 662.
Norbury, F.-P., XLI, 706.
Norris, XLII, 499.
Nothwang, XLII, 528.
Novi, Ivo, XLI, 121, 446.
Nuel, XLII, 550.
Nuttal, G., XLII, 93.

O

Obermeier, XLII, 621.
O'Carroll, XLII, 494.
Oddo, XLI, 578; XLII, 50.
O'Dwyer, XLI, 720.
Œfele, XLII, 109.
Œhl, E., XLI, 17.
Œlshlager, XLII, 581.
Œrtel, XLII, 22.
Ogata, XLI, 86.
Ohlmueller, XLII, 488, 522.
Ohlsen, XLI, 548.
Olitzky, Lydie, XLII, 474.
Oliver, Thomas, XLI, 161; XLII, 596.
Ollier, XLII, 287, 687.
Ollivier, XLII, 203.
Olshausen, R., XLI, 597; XLII, 588.
Omlimsky, XLII, 456.
Onimus, E., XLII, 121.
Onodi, A., XLI, 310.
Oppenheim, XLII, 152.
Oppenheimer, XLII, 323.
Ord, W., XLII, 555.
Orlandi, E., XLII, 467.
Oro, Marius, XLI, 218, 225, 232.
Ortiz de la Torre, XLI, 226.
Oser, XLI, 28.
Osler, XLII, 492.
Osmont, M., XLII, 60.
Ostertag, XLI, 549; XLII, 518.
Otis, XLI, 262.
Ott, XLI, 194.
Otto, R., XLII, 130.
Ottolenghi, S., XLII, 651.
Overend, Walker, XLII, 552.
Ouvry, P., XLI, 20.
Ozenne, XLI, 680; XLII, 284.

P

Paby, XLI, 197.
Pachan, P., XLII, 491.
Page, XLI, 273.
Paige, XLII, 709.
Paladino, G., XLII, 401.
Palleske, Al., XLI, 590.
Pallier, XLII, 62.
Palma, XLI, 613.
Paltauf, Ar., XLI, 259, 641.
Pamard, XLII, 203, 605.
Pamas, XLII, 316.
Panormoff, XLII, 424.
Pansini, S., XLI, 490, 493 ; XLII, 77, 171.
Papillon, XLI, 577.
Paradiès, P., XLI, 517.
Parinaud, H., XLII, 306.
Parisot, XLII, 573.
Park, Roswell, XLII, 262.
Parker, Rushton, XLII, 598.
Parkin, XLII, 593.
Parsons, XLII, 113.
Pascal, XLI, 200.
Paschkis, H., XLI, 92, 618.
Pasquale, XLII, 80.
Paté, Gustave, XLII, 138.
Patrizi, L., XLII, 423.
Paturet, XLII, 270.
Pavlaki, XLI, 194.
Pawlow, J., XLII, 63.
Pawlowsky, XLI, 507; XLII, 459, 474.
Péan, XLI, 169; XLII, 194.
Pekelharing, C.-A., XLI, 438.
Pellizzari, C., XLI, 622.
Pellizzi, G.-B., XLI, 57; XLII, 437.
Pelzer, XLI, 182.
Penières, L., XLII, 666.
Penrose, G., XLII, 663.
Pépin, E.-A., XLII, 286.
Péri, A., XLI, 442.
Périeux, XLI, 238.
Perles, Max, XLI, 694, 700.
Perlis, XLI, 686.
Pernice, B., XLI, 66, 70, 476; XLII, 467.
Péron, A., XLI, 244.
Perret, S., XLI, 202; XLII, 103.
Pescarolo, B., XLI, 683.
Peters, XLII, 309, 699.
Peterson, XLI, 98.
Petit, XLI, 194, XLII, 192.
Petit, L.-H., XLI, 295.
Petresco, XLII, 498.
Petri, R.-G., XLII, 472.
Petrini, XLI, 627; XLII, 610, 613.
Petruschky, XLII, 453.
Pfeiffer, Emile, XLI, 35, 493.
Pflüger, E., XLI, 30.
Pfuhl, A., XLI, 106, XLII, 79.
Phelps, R.-M., XLI, 137.
Philip, W., XLI, 571.
Philippe, C., XLII, 110.
Phillips, John, XLI, 181.
Phisalix, M.-C., XLI, 496 ; XLII, 27, 489.
Phocas, XLI, 210, 672.
Pianese, G., XLI, 80 ; XLII, 402.
Picard, Henri, XLII, 279.
Picchini, L., XLI, 130.
Pichevin, XLI, 173, 194.
Pichon, G., XLII, 491.
Pick, XLI, 226, 617.
Picq, J., XLI, 83.
Picqué, XLI, 13, 169.
Piéchaud, XLII, 261.
Pielicke, XLII, 82.
Pierce, XLI, 710.
Pierret, XLI, 247.
Piffault, XLII, 610.
Pilate, XLI, 273.
Pilcher, S., XLI, 288, 720.
Pilliet, A., XLI, 8, 617; XLII, 101.
Pinard, XLI, 187, 197, 604 ; XLII, 199, 591.
Pinna-Pintor, XLI, 180.
Piotrowski, Gust., XLI, 434.
Pitchford, Wilfrid, XLI, 205.
Pittion, XLII, 79.
Pitres, XLI, 213, 245 ; XLII, 145, 534.
Pizzini, L., XLII, 76.
Plagge, XLII, 520.
Planchon, G., XLII, 527.
Plessner, Fedor, XLII, 105.
Plichon, XLI, 230.
Plicque, XLII, 260.
Plimmer, H.-G., XLII, 43.
Podwyssozki jeune, XLI, 48.
Poehl, A., XLI, 447 ; XLII, 457.
Pohl, J., XLI, 508.
Poirier, XLI, 290.
Poli, Camillo, XLI, 705, 710.
Politis, XLI, 514.
Pollaci, G., XLII, 467.
Pollosson, XLI, 183 ; XLII, 671.
Polyak, Ludwig, XLII, 711.
Poncet, Ant., XLI, 647, 666, 684 ; XLII, 271, 291, 642, 687.
Poore, C.-T., XLII, 216, 217.
Popow, N.-M., XLI, 96; XLII, 442, 543.
Poppert, XLII, 282.
Poppi, XLI, 121.
Porak, XLI, 187, 604; XLII, 577.
Porter, Townsend, XLI, 429.
Potiquet, XLI, 305, 306.
Pott, XLI, 203.
Pottevin, Henri, XLII, 466.
Pouchet, G., XLII, 137.
Poussard, XLII, 624.
Poux, R., XLI, 295.
Pouzet, XLI, 279.

Powers, C.-A., XLI, 299; XLII, 216, 605.
Pozzi, XLII. 190, 195, 270.
Prance, XLII, 146.
Prausnitz, XLI, 553; XLII, 430.
Predieri, XLI, 17.
Prenant, A., XLII, 408.
Preston, Georges, XLI, 19.
Prévost, J.-L., XLII, 483.
Probsting, XLII, 319.
Prudden, XLI, 489.
Pugliese, A., XLII, 109.
Purcell, XLII, 678.
Puritz, C., XLII, 116.
Putnam, J.-W., XLI, 245.
Puy le Blanc, XLII, 234.

Q

Queirel, XLI, 604.
Quénu, XLI, 169, 173, 673, 678; XLII, 407, 512, 685.
Queyrat, L., XLII, 453.
Quinquaud, XLII, 226, 609, 610.
Quint, XLII, 697.

R

Rabek, L., XLI, 209.
Radcliffe, Z., XLI, 543.
Radice, XLII, 234.
Ræhlmann, XLII, 311, 693.
Rahts, XLI, 552.
Raichline, XLI, 559.
Railton, T.-C., XLII, 604.
Rake, Beaven, XLI, 216; XLII, 598.
Ramon de la sota y Lastra, XLI, 713.
Rankin, D., XLII, 327.
Ranney, XLI, 688.
Ranvier, L., XLII, 7, 10, 12.
Raoult, A., XLII, 717.
Rasch, XLII, 233.
Raspe, XLII, 69.
Raths, XLII, 124.
Ratjen, XLI, 106; XLII, 179.
Raugé, XLII, 707.
Raum, J., XLI, 50.
Raymond, F., XLI, 240, 243, ; XLII, 247, 624.
Raymond, P., XLI, 64, 232; XLII, 613.
Rebourgeon, XLII, 479.
Reche, XLII, 698.
Rechter, de, XLII, 445.
Reclus, P., XLI, 630, 631, 645, 685; XLII, 296.
Redard, XLI, 289; XLII, 287.
Redoute, XLII, 309.
Reed, XLI, 681.
Regli, E., XLI, 260.
Regnauld, Eug., XLI, 11.
Regnier, XLII, 580.
Rehn, L., XLII, 273.
Reiche, F., XLII, 494.
Rein, XLI, 194.
Reincke, XLII, 179.
Reisenger, G., XLII, 444.
Reiss, XLII, 65.
Rekowski, de, XLI, 494; XLII, 81.
Remfry, XLI, 597.
Remak, XLII, 143.
Rémond (de Nancy), XLI, 531.
Rémond, A., XLII, 497.
Remonchamps, XLII, 139.
Remy, S., XLI, 301; XLII, 200, 201, 575.
Renard, XLII, 60.
Renaud, XLII, 639.
Renault, J., XLI, 573.
Rendu, XLII, 214.
Réthi, XLII, 709.
Retterer, Ed., XLI, 9, 12.
Reverdin, Aug., XLI, 174, 298, 630; XLII, 604, 679.
Revilliod, L., XLI, 529.
Reynier, XLII, 195.
Ribbert, XLI, 461; XLII, 406.
Ricard, XLII, 264, 680.
Rice, XLI, 130, 712.
Rieck, XLI, 549.
Richardière, H., XLI, 124, 580; XLII, 575, 602.
Riche, A., XLII, 137.
Richelot, XLI, 172, 281, 585; XLII, 195.
Richer, Paul, XLI, 564.
Richerolle, E., XLI, 265.
Richet, Ch., XLI, 75, 421, 516; XLII, 480, 491, 653.
Richmond, M.-D., XLI, 452.
Ricklin, E., XLII, 270, 481, 511.
Riedel, XLI, 664.
Rieder, H., XLI, 146; XLII, 139.
Rieffel, XLII, 291.
Riegner, O., XLII, 605.
Rikli, Auguste, XLI, 216.
Rindfleich, XLII, 314.
Ringer, Sydney, XLI, 39, 429, 519.
Rispal, A., XLII, 497.
Risso, A., XLI, 615, 628.
Ritter, A., XLI, 518.
Ritter, Julius, XLII, 78.
Riva-Rocci, S., XLII, 31.
Rivière, XLII, 575.
Roberts, XLI, 291.
Robertson, G., XLII, 438, 640.
Robin, XLII, 169.
Rochard, XLI, 654.
Rochon, XLII, 625.
Rodet, A., XLI, 87.
Rœckel, XLII, 685.
Rœckl, XLII, 76.

Rœrsch, Charles, XLI, 296.
Roger, H., XLI, 418, 472, 496, 506; XLII, 12, 88.
Rogner-Gusenthal, XLII, 671.
Rohmer, XLI, 631.
Rohrer, XLII, 101.
Rolleston, XLII, 174.
Rollet, E., XLII, 225.
Romberg, E., XLI, 143.
Romniceano, XLI, 229.
Romiée, XLI, 693.
Romiti, G., XLII, 404.
Roncali, D.-B., XLI, 486.
Roos, E., XLI, 635.
Roosa, XLII, 315.
Rose, XLI, 645.
Roque, XLI, 576.
Rosenbach, O., XLI, 41, 451.
Rosenblath, XLII, 151.
Rosenheim, XLI, 452, 532.
Rosenthal, C., XLI, 302.
Rosenthal, Julius, XLI, 46.
Rosenthal, N., XLI, 530.
Rosin, Henrich, XLII, 428, 429.
Rossi, A., XLI, 86, 225, 612; XLII, 537.
Rossier, Guillaume, XLI, 174.
Roth, XLII, 59.
Rotter, J. XLII, 510, 659.
Rouffaert, XLI, 169, 173.
Roullet, XLII, 312.
Rouma, Raoul, XLII, 517.
Roussan, XLI, 588.
Roussel, XLI, 213.
Routier, XLI, 169.
Rouvier, Jules, XLI, 508.
Roux, G., XLI, 87; XLII, 79, 269, 469.
Rouxeau, A., XLII, 421.
Roy, XLI, 612.
Ruault, XLI, 124, 310, 706, 707; XLII, 529.
Rubner, XLII, 472.
Ruffer, Armand, XLI, 50; XLII, 43.
Ruffini, A., XLI, 4.
Rumpel, XLII, 179.
Rumpf, XLI, 106, 151.
Rumschewitsch, XLII, 697.
Runeberg, J.-W., XLI, 113; XLII, 113.
Rupp, G., XLI, 551.
Ruxton, W., XLI, 243.

S

Sabbatani, L., XLI, 443.
Sabourand, XLI, 227; XLII, 229, 618, 619.
Sabrazès, J., XLI, 302, 485, 715; XLII, 228, 229, 714.
Sacaze, J., XLII, 98, 540.
Sacchi, C., XLI, 470.
Sachs, R., XLI, 149, 248; XLII, 255, 261.
Sack, XLI, 222.
Sænger, XLI, 172; XLII, 686.
Saillet, XLI, 519.
Saint-Germain, L. de, XLII, 559.
Saint-Hilaire, E., XLI, 304.
Saint-Martin, de, XLII, 106.
Saint-Philippe, XLI, 542.
Sala, L., XLI, 402.
Salkowski, E., XLI, 37; XLII, 416, 420.
Sallis, J., XLII, 215.
Salsotto, G., XLI, 622.
Salvioli, J., XLI, 431.
Salzer, Fritz, A., XLI, 654.
Samelsohn, XLII, 692.
Samter, XLI, 106, 309; XLII, 632.
Samuel, XLI, 106.
Samarelli, J., XLI, 499; XLII, 67, 129.
Sandulli, A., XLII, 402.
Sanfelice, XLII, 70.
Sansoni, L., XLII, 426.
Santi, A., XLI, 614.
Saunal, XLI, 203.
Savage, XLI, 236, 237.
Sayre, XLI, 674.
Scabia, E., XLI, 79.
Scagliosi, G., XLI, 66, 70, 479.
Schaefer, XLII, 658.
Schaefer, A., XLII, 99.
Schaefer, E., XLII, 480.
Schaeffer, M., XLII, 326, 489.
Schaffer, J., XLI, 411, 548.
Schaffer, K., XLII, 1.
Schaper, A., XLI, 406.
Schauta, XLII, 588.
Schlayer, W., XLI, 591.
Schede, XLI, 106.
Scheer, A. van der, XLII, 565.
Scheier, Max, XLI, 267; XLII, 688.
Schenck, Fritz, XLI, 20.
Schierbeck, N.-P., XLI, 436, 452.
Schiff, Moritz, XLI, 440; XLII, 438.
Schimmelbusch, XLII, 299, 300.
Schipiloff, Mlle C., XLI, 27; XLII, 128.
Schirmer, O., XLII, 318, 703.
Schlange, H., XLII, 175, 276.
Schleier, M., XLI, 281.
Schleiffarth, C.-W., XLI, 61.
Schlesinger, H., XLI, 454.
Schmaltz, Richard, XLI, 55.
Schmid, Franz, XLI, 535.
Schmidt, XLI, 166.
Schmidt, Ad., XLI, 559; XLII, 414, 419.
Schmidt, B., XLII, 634.
Schmidt, G.-B., XLI, 275, 683.
Schmidt, Martin, XLI, 5, 74.
Schmidt-Rimpler, XLI, 699.
Schmiedeberg, C., XLI, 47.
Schneider, XLI, 609.
Schneller, XLII, 310.
Scholkoff, S., XLI, 55.

Scholl, XLII, 458.
Schönemann, A., XLI, 62.
Schott, Th., XLI, 567.
Schreider, M. van, XLI, 494.
Schrodt, M., XLII, 520.
Schrœder, Karl, XLI, 546.
Schrœter, P., XLII, 294.
Schuetz, XLII, 76, 93.
Schülein, W., XLI, 593.
Schüller, XLI, 674.
Schultze, Fr., XLII, 540.
Schulz, H., XLI, 451, 524; XLII, 164.
Schumburg, XLII, 123.
Schwab, XLI, 284.
Schwartz, E., XLI, 645, 654; XLII, 274, 291.
Schwartz, W., XLII, 9.
Schwarz, F., XLII, 580.
Sclavo, A., XLII, 452.
Sée, G., XLI, 113, 114; XLII, 108.
Seegen, J., XLII, 36.
Seeligmann, XLII, 189.
Séglas, XLI, 239; XLII, 245, 249, 637.
Sogond, XLI, 169.
Seguin, XLII, 319.
Seifert, XLII, 707.
Seigneux de, XLI, 591.
Séjournet, LXII, 203.
Semmola, M., XLI, 115, 120, 229.
Senator, H., XLI, 152, 418, 427; XLII, 513.
Sendler, XLI, 142.
Seppilli, XLII, 143.
Serafini, A., XLII, 89.
Sergent, E., XLII, 694.
Sérieux, XLII, 247.
Severi, A., XLI, 258.
Sevestre, XLII, 599.
Seydel, XLI, 259.
Seyfert, XLII, 319.
Sgobbo, XLI, 467.
Sgrosso, XLI, 694.
Shabad, XLII, 444.
Shakespeare, O., XLI, 72.
Shapland, G. Dee, XLII, 642.
Sherrington, C.-S., XLI, 404; XLII, 21.
Shore, L.-E., XLI, 25, 90, 436.
Short, Sidney, T., XLI, 278.
Sieber-Schoumoff, Mme, XLI, 483.
Siegel, XLI, 465.
Siegert, F., XLI, 460; XLII, 683.
Sievers, R., XLI, 567.
Sigalas, C., XLI, 417.
Silbermann, G., XLI, 106.
Silex, P., XLII, 512.
Silvestri, S., XLII, 478.
Simon, XLI, 691; XLII, 547.
Simmonds, XLI, 106; XLII, 58, 179.
Simpson, XLII, 709.
Sior, Ludwig, XLII, 115.
Sippel, A., XLII, 202, 568.
Siredey, XLI, 110.
Sirena, S., XLI, 80.
Sluyts, XLI, 536.
Smith, Walter, XLI, 207.
Sneguireff, XLI, 172.
Snow, Herbert, XLI, 66.
Sobernheim, XLI, 38.
Socin, XLII, 714.
Soffiantini, XLII, 612.
Sokolow, N.-A., XLII, 562.
Solaro, A., XLI, 534.
Solaro, H., XLII. 38, 430.
Solis-Cohen, J. XLI, 718.
Sollier, P., XLII, 243, 246.
Somya, XLI, 699, 701.
Sonnenburg, J. XLI, 651; XLII, 208.
Sormani, G., XLI, 505.
Sorrentino, XLI, 623.
Sottas, J., XLII, 437, 574, 596.
Soudakewitch, J., XLII, 44.
Soulié, XLI, 501.
Soupault, XLII, 150, 171, 633.
Souplet, XLI, 629.
Sourdille, XLII, 249.
Sous, XLI, 698.
Southam, XLI, 208.
Spalteholz, W., XLII, 8.
Spengler, C., XLI, 488.
Spinelli, XLI, 187.
Spirig, XLII, 417. 486.
Spisharny, XLI, 668.
Spitzka, E.-C., XLII, 148.
Spronck, H., XLII, 45.
Stackler, XLI, 91; XLII, 483.
Stagnitta-Balestreri, XLII, 472.
Stamm, XLII, 436.
Stanziale, XLI, 227; XLII, 631.
Starck, XLII, 324.
Stefani, A., XLI, 18, 24.
Steiger, A., XLI, 688.
Steiglitz, Léo, XLI, 682; XLII, 536.
Steiner, A., XLII, 538.
Steiner, H., XLI, 408.
Stenbeck, Th., XLI, 42.
Stern, XLI, 499; XLII, 114.
Sternberg, XLII, 120.
Stevens, XLI, 687.
Stewart, Grainger, XLII, 499.
Stewart, William, XLI, 261; XLII, 120.
Stiéda, Hermann, XLII, 440.
Stieglitz, S., XLI, 526.
Stiles, Harold, XLI, 8; XLII, 48.
Stiller, B., XLI, 162.
Stilling, H., XLI, 407.
Stocker, L., XLII, 570.
Stojanovitch, XLII, 637, 557.
Storch, XLI, 99.
Strecker, XLI, 192.
Stieda, Hermann, XLI, 406.
Strogonoff, V., XLII, 218.
Stroschen, XLII, 705.
Stubbe, L., XLII, 123.

Suchannek, XLI, 708.
Suckling, G.-W., XLII, 535.
Sulzer, XLII, 218, 691.
Supino, R., XLI, 88, 441.
Surmont, H., XLII, 517.
Surveyor, F., XLI, 618.
Sutherland, G., XLI, 206.
Sutton, Bland, XLI, 587; XLII, 277.
Swain, Paul, XLII, 684.
Swieciki, XLII, 588.
Symmers, St-Clair, XLII, 475.
Szana, A., XLI, 70.
Szego, K., XLI, 303.
Székély, S., XLI, 70; XLII, 38.

T

Tacquet, Ernest, XLI, 249.
Taft, XLI, 3.
Tait, Lawson, XLII, 175.
Talamon, XLI, 162, 584, 647.
Tamamcheff, XLI, 504.
Tannen, Alb., XLII, 571.
Tappeiner, XLI, 95; XLII, 101.
Targowla, XLI, 239.
Tarnier, XLI, 602.
Tavel, XLI, 633.
Taylor, Fred., XLI, 141.
Tebb, C., XLI, 436.
Tedeschi, Al., XLI, 53, 83; XLII, 90, 454.
Teissier, J., XLI, 495, 571; XLII, 79.
Templeman, XLI, 196.
Tenderich, H., XLII, 403.
Tenneson, XLI, 218.
Terray, Paul von, XLII, 428.
Terrier, XLI, 283, 286, 645, 657; XLII, 190.
Terson, A., XLI, 689; XLII, 320.
Tettenhamer, E., XLII, 10.
Thayer, XLII, 660.
Thérault, XLII, 238.
Thezée, XLII, 487.
Thibierge, XLI, 124, 220, 222.
Thierry, XLI, 700.
Thils, XLI, 91.
Thiriar, XLI, 587, 665; XLII, 274.
Thiroloix, J., XLI, 67, 468.
Thœrner, Wilh., XLII, 133.
Thoinot, XLI, 124.
Thompson, XLI, 183.
Thompson, Hugh, XLII, 464.
Thompson, John, XLI, 204.
Thorion, H., XLI, 42.
Thorner, Max, XLI, 717.
Tigerstedt, R., XLI, 23, 442.
Tilanus, XLII, 209.
Tillaux, XLII, 261.
Tipjakoff, XLI, 151; XLII, 592.
Tirelli, XLI, 402, 489.
Tissier, P., XLII, 325.
Titchener, XLI, 15.
Tizzoni, G., XLI, 81, 82, 88.
Tobiesen, F., XLI, 304.
Tomasini, S., XLII, 421.
Tommasoli, XLI, 626; XLII, 224, 615.
Tooth, Howard, XLI, 132, 403.
Topolanski, XLI, 694.
Torngren, A., XLI, 607.
Török, L., XLII, 46.
Tortchinsky, XLII, 502.
Toti, A., XLI, 721.
Toulouse, XLII, 249.
Tourneux, F., XLII, 7.
Trambusti, A., XLII, 64.
Traube-Mengarini, XLI, 443.
Trechtemberg, A., XLI, 540.
Treves, Frederick, XLII, 674, 677.
Treves, M., XLI, 305.
Trevelyan, F., XLI, 129.
Triboulet, H., XLI, 506; XLII, 212.
Trinchese, S., XLI, 4.
Trintignan, XLI, 533.
Tripold, XLI, 539.
Troisfontaines, XLII, 110.
Troisier, XLI, 705.
Trojé, XLI, 59.
Trolard, XLI, 2.
Trombetta, Sergi, XLI, 73.
Tross, XLII, 507.
Trousseau, XLII, 313, 689.
Tscherning, XLI, 687; XLII, 305.
Tschistowitsch, N., XLI, 76.
Tsiklinski, Mlle, XLI, 481.
Trzcinski, XLI, 630.
Tubby, A., XLI, 29.
Tuckermann, XLII, 319.
Tuffier, XLI, 485, 655, 663; XLII, 685.
Turbian, J., XLI, 529.
Turner, Charlewood, XLII, 68.
Turner, D., XLI, 36; XLII, 38.
Turner, Aldren, XLI, 432.
Turrazza, G., XLI, 596.

U

Uescküll, J. von, XLI, 434.
Uffelmann, J., XLII, 83, 127, 463.
Uhthoff, W., XLII, 695, 704.
Unna, XLI, 230; XLII, 614, 621.
Ursi, d', XLII, 269.
Uschinsky, XLI, 464.

V

Vaillard, L., XLI, 506; XLII, 469.
Valentini, XLII, 149.
Vallin, E., XLII, 528.
Vallois, XLII, 201, 572.
Valude, XLI, 704; XLII, 689.
Varaldi, L., XLII, 413.
Variot, XLI, 156.
Varnier, XLI, 187, 604; XLII, 590.
Vas, F., XLII, 2.
Vas, Bernhard, XLII, 428.
Vassale, G., XLI, 470.
Vautrin, XLI, 631.
Velimirovitch, XLI, 200.
Velits, D. v., XLI, 190, 588, 603.
Velten, F., XLII, 548.
Verdelli, C., XLI, 85.
Vergely, XLI, 668.
Vergez-Honta, XLII, 104.
Verneuil, XLII, 159.
Verworn, M., XLI, 33.
Vesescu, XLII, 100.
Vialleton, L., XLI, 6, 65.
Vibert, XLI, 97, 144; XLII, 648.
Vic, XLII, 158.
Vidal, E., XLI, 213, 223.
Vigier, Paul, XLI, 668; XLII, 238.
Villar, XLI, 209.
Ville, J., XLI, 435.
Vinay, Ch., XLI, 182.
Vincent, XLI, 262; XLII, 475.
Vincenzi, L., XLI, 152; XLII, 180.
Viquerat, XLII, 84.
Vissmann, W., XLI, 75.
Vitali, D., XLII, 32.
Vivaldi, M., XLI, 120; XLII, 90.
Vivien, V., XLI, 186.
Voges, XLII, 85.
Voit, Karl, XLI, 514; XLII, 431.
Volkmann, R., XLI, 457.
Volland, XLII, 560.

W

Wagenmann, XLI, 704; XLII, 315, 701.
Wagner, P., XLII, 564, 644.
Wagnier, XLII, 707.
Walker, Herbert, XLI, 50.
Wallace, David, XLI, 244, 263.
Waller, A.-D., XLI, 21, 22, 33; XLII, 24.
Wallichs, XLI, 151; XLII, 179.
Walsham, J., XLII, 607.
Walter, W., XLI, 202; XLII, 261.
Walton, XLI, 555, 637.
Warnots, XLII, 260.
Warren, Collins, XLI, 711.
Wartel, L., XLII, 283.
Wasilewski, XLII, 610.
Wassermann, XLII, 87.
Watkins, R.-L., XLII, 456.
Watraszewski, de, XLII, 629.
Waxham, F., XLI, 717.
Weber, H.-A., XLI, 551.
Wecker, de, XLI, 698.
Wedensky, N., XLII, 24.
Weill, E., XLI, 137, 236.
Weill, P., XLII, 541.
Weintraub, XLII, 432.
Weir, Robert F., XLI, 643.
Weiss, L., XLI, 688.
Welch, H., XLII, 93.
Wells, Howard, XLII, 121.
Werigo, XLI, 474.
Wernich, XLII, 525.
Wernicke, A., XLII, 525.
Wertheimer, E., XLI, 31.
Wesbrook, F.-F., XLI, 496.
Werner, XLI, 535.
Werther, M., XLI, 119.
Westberg, A., XLI, 99.
Westermark, P., XLII, 566.
Weyl, Th., XLI, 158; XLII, 1
Weyland, J., XLII, 92.
Wheator, XLII, 234.
Wherry, XLII, 659.
White, Plake, XLI, 685.
Wicherkiewiez, XLII, 693.
Widal, XLI, 500.
Widmark, XLI, 686.
Wiglesworth, J., XLII, 639.
Wilbrand, H., XLI, 127.
Wilcox, W., XLII, 498.
Willard, XLII, 207.
Williams, XLI, 117, 278.
Williams, Dawson, XLI, 155.
Williams, L.-L., XLI, 643.
Williamson, XLII, 147.
Willems, Ch., XLI, 171.
Wilmans, XLI, 151.
Wilson, XLI, 535, 719.
Winckler, E., XLI, 708, 711.
Winckler, F., XLII, 12.
Winternitz, R., XLI, 26.
Wissokowicz, XLI, 497.
Wlassak, R., XLI, 423.
Wolfberg, XLI, 692.
Wolfenden, Norris, XLI, 713.
Wolff, Julius, XLII, 297.
Wolkow, XLI, 482; XLII, 73, 453.
Wollenger, R., XLII, 53.
Wolter, F., XLII, 179.
Wood, E., XLI, 535.
Wood, H., XLI, 425.
Wood, Neville, XLII, 508.
Wright, XLI, 716.
Wurtz, R., XLI, 69, 87; XLII, 448.
Wyeth, John, XLI, 676.

Y

Yamagiva, K., XLI, 76.
Yvinec, XLII, 631.
Yvon, XLII, 478.

Z

Zagari, G., XLI, 121 ; XLII, 449.
Zambaco-Pacha, XLI, 213 ; XLII, 616.
Zancarol, XLI, 274.
Zanfrognini, C., XLII, 20.
Zarniko, XLII, 325.
Zaroubine, XLII, 622.
Zawadzki, J., XLII, 134.
Zeller, XLII, 206.
Ziem, C., XLI, 308 ; XLII, 524.
Ziembicki, XLI, 180.
Ziemssen, von, XLII, 110.
Zieniec, XLII, 462.
Zimmer, XLI, 84.
Zinn, XLI, 126.
Zippel, XLI, 106, 542.
Zoja, Luigi, XLI, 448.
Zollhafen, XLI, 158.
Zuckerkandl, XLI, 522.
Zumft, XLII, 91.
Zuntz, N., XLII, 24, 418.
Zweifel, P., XLI, 190 ; XLII, 587.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

TABLE DES MATIÈRES.

A

Abcès. — du cerveau, XLI, 637 ; trépanation pour — cérébral, XLII, 206 ; — du larynx, XLII, 329 ; — intraglandulaires du sein, XLI, 670 ; — du foie, XLI, 655, 656 ; étude bactériologique des — consécutifs à la variole, XLII, 465; des — de fixation, XLI, 529. — R. B., XLI, 311, 724 ; XLII, 332, 720.
Abdomen. Albuminurie au point de vue des interventions — XLII, 279. — R. B., XLI, 311, 724 ; XLII, 332, 720.
Absorption. L'électricité et l' — cutanée, XLI, 90 ; — d'eau dans le tube digestif, XLI, 30 ; — intestinale, XLI, 421. — R. B., XLI, 311.
Accommodation. Parésie de l' — XLII, 703.
Accouchement. Leçons — XLII, 571 ; mécanisme de l' — XLII, 573 ; contractions utérines pendant l' — XLII, 566; microbes du lait chez les — XLI, 590 ; circulation fœto-placentaire pendant la délivrance, XLII, 199; tête dernière, XLII, 575 ; position occipito-postérieure, XLII, 201 ; des présentations du front, XLI, 183 ; expectation dans la délivrance, XLI, 596 ; du liquide amniotique coloré en vert pendant l' — XLII, 573 ; de l'œdème du col, XLII, 201 ; cause de dystocie des têtes molles, XLII, 576 ; de la symphyséotomie XLI, 603, 604, 607 ; XLII, 580, 581, 590, 591 ; de l'ischio-pubiotomie, XLI, 604 ; influence des rétro-déviations utérines sur l' — XLI, 184; injections de glycérine pour provoquer l' — XLI, 182 ; arrachement du vagin pendant le travail, XLII, 576 ; de l'inertie utérine, XLI, 183 ; XLII, 200 ; mort subite chez les — XLI, 182 ; des hémorragies utérines dans l' — XLI, 185 ; traitement des fibromes pendant l' — XLI, 177, 184 ; rupture utérine pendant l' — XLII, 579. — R. B., XLI, 311, 724 ; XLII, 332, 720.
Acétone. Des — et des acétoximes, XLI, 92.
Achillodynie. De l' — XLI, 674. — *Voy.* Tendon.
Acné. — varioliforme, XLII, 226. — R. B., XLI, 312 ; XLII, 333, 722.
Aconit. Action des alcaloïdes de l' — sur la sueur, XLII, 100 ; dosage des granules d' — ine, XLII, 478 ; empoisonnement par l' — XLI, 97.
Acromégalie. De l' — XLI, 168 ; — chez l'enfant, XLII, 210, 598. — R. B., XLI, 313, 725 ; XLII, 333, 722.
Actinomycose. — en Russie, XLII, 562 ; — généralisée par la voie sanguine, XLII, 62 ; phagocytose dans l' — XLII, 474 ; pronostic de l' — XLII, 175 ; typhlite — XLI, 650 ; traitement de l' — XLII, 509. — R. B., XLI, 313, 725 ; XLII, 334, 722.
Addison (mal. d'). Pigmentation dans la — XLI, 64 ; lésions nerveuses dans la — XLI, 462 ; fatigue dans la — XLI, 441 ; injections de suc de capsules surrénales dans la — XLI, 441. — R. B., XLI, 313 ; XLII, 334, 722.
Adénite. Des — géniennes, XLI, 668. — *Voy.* Lymphatiques.
Adénoïde. — *Voy.* Pharynx.
Adénome. — de la mamelle, XLII, 300.
Aérothérapie. — R. B., XLI, 313, 725 ; XLII, 334.
Agrostemma. De l' — githago, XLI, 93.
Air. — vicié par la respiration, XLI, 554. — R. B., XLII, 722.
Akinésie. De l' — algère, XLI, 136.
Albumine. Action des sels sur la coagulation de l' — XLI, 519 ; transformation de l' — des urines en propeptones, XLI, 40 ; influence du chlorure de calcium sur l' — XLI, 39 ; réactif de l' — XLI, 41 ; de la nucléo — XLI, 39, 40 ; tox. — dans les vomissements des cholériques, XLI, 160 ; liquide de la périostite — XLII, 432.
Albuminoïdes. — du rein et de la vessie, XLI, 40.
Albuminurie. Pathogénie des — XLI, 113 ; de l' — physiologique, XLI, 113 ; — ancienne, XLII, 559 ; — des adolescents, XLII, 172 ; — grippale, XLI, 162 ; — choréique, XLII, 546 ; de l' —

dans le cours du diabète, XLI, 114; — dans les oreillons, XLII, 214; — dans la tuberculose XLI, 451; — chez les épileptiques, XLI, 244; — au point de vue des interventions abdominales, XLII, 279; — de la grossesse, XLII, 199; traitement de l' — XLI, 113; traitement de l' — par le strontium, XLI, 113. — R. B., XLI, 313, 725; XLII, 334, 722.
Albumose. Peptones et — XLI, 438.
Alcaloïde. Distinction des — et des corps protéiques, XLII, 431; emploi de l'acide picrique pour la détermination des — XLI, 96.
Alcool. Action de l' — sur la circulation, XLI, 89; influence de l' — sur les échanges azotés, XLI, 89.
Alcoolisme. L' — expérimental, XLI, 241; état du cœur dans l' — XLI, 241; lutte contre l' — XLII, 244; paralysie — XLII, 633; névrite — XLII, 633. — R. B., XLI, 313, 726; XLII, 334, 722.
Aliénation. Traité de — XLII, 243; influence du milieu ambiant sur la production de l' — XLI, 237; origine toxique de l' — XLII, 245; traumatisme comme facteur de l' — XLI, 235; hérédité en — XLII, 248; folie communiquée aux animaux, XLII, 634; folie à deux, XLII, 634; délire chronique, XLI, 238; héréditaires dégénérés, XLI, 239; — et troubles intestinaux, XLII, 635; troubles du langage chez les — XLII, 245; hallucinations et idées érotiques chez les persécutés, XLII, 250; la confusion mentale, XLII, 248; les folies de caractère, XLII, 251; folie du doute avec délire du toucher, XLI, 240; hallucinations de la vue chez un dément, XLI, 239; délire des négations, XLII, 249; — puerpérale, XLII, 252; folie hépatique, XLII, 253; — syphilitique, XLII, 636; folie post-cholérique, XLII, 637; manie aiguë suite de rupture du rectum, XLII, 634; toxicité de l'urine des — XLI, 33, 449; vision chez les — XLII, 303; le choléra chez les — XLII, 247; goître exophtalmique et — XLII, 247; calculs biliaires chez les — XLI, 240; emploi de l'hypnotisme chez les — XLII, 640; somnal chez les — XLII, 640; exalgine dans l' — XLII, 641; transfusion nerveuse chez les — XLII, 254 — R. B., XLI, 314, 726; XLII, 334, 723.
Aliment, ation. Conséquences d'une—pauvre en albuminoïdes, XLII, 418; étude des jeuneurs, XLII, 418; régime — des Abyssins, XLII, 417; contenu bactériologique des — stérilisés, XLII, 135; falsification — XLII, 131, 132; — dans la fièvre typhoïde, XLII, 116. — R. B., XLI, 314, 726; XLII, 335, 723.
Allaitement. — des nouveau-nés, XLI, 195; choléra et — XLI, 176. — R. B., XLI, 314, 727; XLII, 724.
Aloès. De l' — XLI, 512.
Alopécie. — congénitale, XLII, 618; — atrophique, XLII, 228; — de la kératose pilaire, XLI, 226; — syphilitique, XLII, 237. — *Voy.* Poils.
Aluminium. Vases alimentaires en — XLII, 520, 522.
Alumnol. Action de l' — XLII, 102; — contre la blennorragie, XLII, 632.
Amblyopie. — simulée, XLII, 693.
Ammoniaque. Présence d' — dans l'estomac, XLI, 452.
Amnésie. — hystérique, XLII, 543.
Amnios. Du liquide — coloré en vert pendant le travail, XLII, 573.
Amok. — des Malais, XLII, 634.
Amputation. Modifications de la moelle chez les — XLI, 57; état du système nerveux après les — XLII, 53; — congénitales, XLII, 60; — de la clavicule et de l'omoplate, XLI, 671; l' — tibio-tarsienne, XLII, 291; désarticulation de la cuisse sans perte de sang, XLI, 676.— R. B., XLI, 314; XLII, 335, 724.
Amygdale. Inflammation de l' — linguale, XLII, 322; des abcès péri- — XLI, 706; traitement de l'hypertrophie — XLI, 707; papillome — XLII, 321; acide lactique contre le cancer — XLII, 707. R. B., XLI, 315, 727; XLII, 335, 724.
Amygdalite. Sulfure de calcium dans l' — XLI, 706; traitement de l' — aiguë, XLI, 304.
Amygdalotomie. De l' — XLII, 707.
Amylène. Empoisonnement par l'hydrate d' — XLI, 524.
Amyloïde. Des corpuscules — XLI, 460.
Anagyrine. Action de l' — XLI, 513.
Anatomie. R. B., XLI, 315, 727; XLII, 336.
Anatomie pathologique. Traité d' — XLI, 453.
Anémie. Des états — graves, XLI, 144; — dans l'enfance, XLII, 211, 212; diagnostic et traitement de l' — pernicieuse, XLII, 552; hématopoièse dans l' — pernicieuse, XLII, 166; transfusions salines dans l' — aiguë, XLI, 118. — R. B., XLI, 315, 727; XLII, 336, 724.
Anesthésie. Lésions consécutives à l'emploi du chloroforme, XLI, 260; — par le bromure d'éthyle, XLI, 260; — par la cocaïne, XLI, 631; moyen de prévenir les vomissements dans l' — XLII, 654; rappel à la vie dans les accidents d' — XLI, 632; mort par — par le pental, XLII, 644; — hystérique, XLI, 135; 2 cas d'— sensorielle et cutanée, XLI, 137. — R. B.; XLI, 315, 727; XLII, 334, 724.
Anévrisme. Diagnostic des — XLII, 552; — aortique traité par la méthode de Baccelli, XLI, 264; — brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte traité par la ligature, XLII, 266; — de la carotide, XLI, 265; — de la carotide et de la jugulaire, XLI, 642; — de la fessière, XLI, 643; — artério-veineux de la péronière, XLI, 265; extirpation des — périphériques, XLII, 266. — R. B., XLI, 316, 728; XLII, 337, 724,
Angine — à fausses membranes, XLII, 321, 706; — parasitaire, XLI, 705; — simulant la diphtérie, XLI, 706; — épiglottique, XLII, 322. — R. B., XLI, 317-728; XLII, 725.

Angiokératome. Obs. d' — XLI, 221.
Angiome. — de la langue, XLI, 267 ; — profond du membre supérieur, XLI, 670. — R B., XLI, 317, 728 ; XLII, 725.
Ankylose. Résection métatarso-phalangienne du gros orteil pour — XLI, 296; jambes en ciseaux avec — de la hanche, XLI, 295.
Anomalie. — R. B., XLI, 728 ; XLII, 337.
Anthrax. — R. B., XLI, 729 ; XLII, 337, 725.
Anthropologie. L'— criminelle, XLI, 250. — R. B., XLI, 317 ; XLII, 337.
Anthropométrie. — au moyen des vêtements, XLI, 252.
Antipyrétique. Valeur des — XLII, 507.
Antipyrine. Action de l' — XLI, 511 ; — dans les affections de la gorge et du larynx, XLI, 304 ; — contre le pannus, XLII, 312 ; — dans l'épilepsie, XLI, 247; eruptions par l' — XLI, 228 ; — omanie, XLII, 637.
Antisepsie. Formulaire de l' — XLI, 527; la pratique de l' — XLI, 105 ; l' — des plaies et les pansements, XLI, 633; — dans les maladies des voies urinaires, XLII, 279. — R. B., XLI, 317; 729 ; XLII, 337, 725.
Anus. Lymphatiques de l' — XLII, 407 ; fistule stercorale opérée, XLI, 210 ; traitement des fistules — XLI, 285 ; procédé opératoire pour l' — contre nature, XLII, 276 ; syphilis — XLII, 627. — R. B , XLI, 317, 729 ; XLII, 337, 725.
Aorte. Développement des — chez le poulet, XLI, 6 ; anomalie de l' — XLII, 50; anévrisme de la crosse de l' — traité par la ligature des artères carotide et sous-clavière, XLII, 266; traitement de l'anévrisme — XLI, 264 ; rupture de l' — thoracique, XLI, 144. — R. B., XLI, 317, 729 ; XLII, 328, 726.
Aphasie. — *Voy*. Cerveau, Parole.
Aphte. Stomatite — XLII, 474.
Apocodéine. Action de l' — XLII, 476.
Aponévrose. Traitement de la rétraction de l' — palmaire, XLII, 296.
Appareils. — R. B., XLI, 318, 729 ; XLII, 338, 726.
Appendicite. — *Voy*. Cœcum, Intestins, Typhlite.
Aristolochine. De l' — XLI, 508.
Arsenic. Toxicologie de l' — XLII, 493 ; action des moisissures sur l' — XLII, 493 ; névrite — XLII, 494 ; oxydation de l' — sous l'influence du protoplasme, XLI, 451 ; détermination quantitative de l' — XLII, 39 ; empoisonnement par l' — XLI, 99 ; dermatose — XLII, 233; choléra — XLII, 448 ; — des papiers de tenture, XLI, 554.
Artère. Développement des — XLI, 405 ; glande carotidienne, XLI, 406, 407 ; de l' — circonflexe iliaque, XLI, 406 ; plaie de l'— gastrique, XLI, 269 ; plaies de l' — sous-clavière, XLII, 659 ; ligature des — vertébrales dans l'épilepsie, XLI, 246 ; XLII, 642 ; ligature intrapéritonéal de l'iliaque interne et de l'iliaque externe, XLII, 659 ; anévrisme de la carotide, XLI, 264 ; anévrisme brachio-céphalique et aortique traité par la ligature des carotide et sous-clavière, XLII, 266 ; anévrisme — veineux de la péronière, XLI, 265. — R. B., XLI, 318, 729 ; XLII, 338, 726.
Artérite. Classification des — XLII, 50 ; — oblitérante, XLI, 563 ; — et artério-sclérose, XLI, 138 ; péri — noueuse, XLI, 141.
Arthrite. — crico-aryténoïdienne, XLI, 309; péri — scapulo-humérale, XLI, 293 ; tumeurs blanches consécutives à des tubercules des parties molles, XLI, 294; — dans l'érysipèle, XLI, 580 ; — blennorragique, XLII, 631 ; — puerpérales sacro-iliaques, XLII, 192; méthode sclérogène pour les ostéo — du cou-de-pied, XLI, 295 ; traitement des — tuberculeuses, XLI, 672, 673. — *Voy*. Articulation.
Arthrodèse. De l' — XLI, 296 ; — tibio-tarsienne, XLI, 672.
Arthrogrypose. De l' — XLII, 210.
Arthropathie. — syringomyéliques, XLII, 150.
Articulation. Canalisation osseuse de l' — du genou, XLI, 674 ; du ligament rond, XLI, 415 ; variété de corps — XLI, 298 ; traitement des — flottantes, XLI, 293; traitement des tumeurs blanches, XLII, 217. — R. B., XLI, 318, 729; XLII, 338, 726.
Asaprol. De l' — XLI, 91, 518 ; XLII, 483.
Asepsie. — dans les opérations oculaires, XLII, 705.
Asparagine. Action de l' — XLI, 514 ; valeur nutritive de l' — XLII, 479.
Asphyxie. Action de l' — sur le cerveau, XLII, 65 ; causes de la fluidité du sang dans l' — XLII, 644 ; — chez les nouveau-nés, XLI, 196; — locale des extrémités, XLI, 239 ; XLII, 597, 598 ; moyen de combattre l' — par submersion, XLII, 142. — R. B., XLI, 318 ; XLII, 338, 726.
Assa-fœtida.— contre l'avortement, XLI, 596.
Astasie. *Voy*. Locomotion.
Asthme. Pathogénie — XLII, 550 ; de l' — bronchique, XLII, 439. — R. B., XLI, 730 ; XLII, 339.
Astigmatisme. Formes d' — XLII, 691 ; — cornéen, XLI, 693. — R.B., XLI, 318 ; XLII, 339.
Ataxie. — syphilitique, XLI, 230 ; XLII, 236 ; — et maladie de Basedow, XLII, 538 ; — et paralysie générale, XLII, 637, 638 ; — héréditaire, XLI, 134 ; XLII, 537, 595 ; lésions des ganglions spinaux. XLII, 53 ; ulcère de la bouche, XLII, 614 ; la résorption des arcades alvéolairés et de la voûte palatine dans l' — XLI, 135; — du tonus, XLII, 149 ; vertige des — XLII, 538 ; traitement de l' — XLII, 122; cérébrine contre l' — XLII, 122. — *Voy*. Moelle.
Athétose. Obs. d' — XLI, 128 ; hemi — XLII, 594 ; de l' — double, XLII, 147. — R. B., XLI, 319, 730 ; XLII, 727.
Atropine. Action de l' — XLI, 514.
Audition. *Voy*. Oreille.

Auscultation. R. B., XLI, 319.
Autoplastie. — cranienne, XLII, 655; — de la face, XLII, 299; — de la main par désossement d'un doigt, XLI, 298. — R. B., XLI, 319, 730; XLII, 727.
Avortement. Etude de 530 — XLII, 578; assa-fœtida contre l'— XLI, 596. — R. B., XLI, 319, 730; XLII, 339, 727.
Azote. Elimination de l' — par l'urine, XLI, 37; élimination de l' — dans les néphrites, XLII, 33.

B

Bactériologie. Technique — XLI, 69; les poisons — XLI, 475; pouvoir — du sang, XLI, 70, 71, 477, 478; XLII, 449; variations des — et fonctions — XLI, 480; élimination des — XLI, 70, 479; XLII, 448; élimination des — par les reins, XLII, 448; pression et microbes, XLII, 447; influence de la lumière sur les — XLI, 72, 476; XLII, 69, 447; influence de l'électricité sur les — XLII, 69; transmission du streptocoque de la mère au fœtus, XLII, 466; passage des — de la mère au fœtus, XLI, 484, 485; moyens de défense contre les microbes après vaccination, XLII, 67, action du peroxyde d'hydrogène sur les — XLII, 451; action de l'ozone sur les — XLII, 488; tabac et — XLII, 451, 525; culture pure des — mobiles, XLII, 70; urine comme bouillon de culture, XLII, 446; glycérine pour maintenir la virulence des cultures, XLII, 452; effets des injections de staphylocoque aureus, XLI, 482; étude des streptocoques, XLI, 482, 483; du streptococcus longus, XLI, 73; variétés de streptocoques, XLII, 80; — déterminant la production de gaz, XLII, 93; — du phlegmon gazeux, XLII, 94; — chromogènes, XLI, 477; — fluorescents, XLI, 477; action du bacillus fluorescens, XLII, 474; du bacille viridans, XLII, 475; du vibrion avicide, XLI, 482; présence du streptocoque dans la bouche de l'enfant, XLII, 593; formation d'hydrogène sulfuré par le bacille du rouget et d'autres — XLII, 472; — de la suppuration, XLII, 470; — de la suppuration dans l'espèce bovine, XLII, 95; — de la trachéo-bronchite, XLII, 453; influence du streptocoque sur les lésions tuberculeuses, XLII, 454; résistance du — tuberculeux, XLI, 75; recherche du bacille tuberculeux dans les crachats, XLI, 75; action réciproque des produits solubles du bacille tuberculeux et des autres microbes pathogènes, XLI, 486; — de la grippe, XLI, 78, 79, 493; XLII, 79; microbe de la coqueluche, XLI, 493; XLII, 78; le bacille de la diphtérie, XLI, 494; la toxine du bacille diphtérique, XLI, 84; — de la stomatite aphteuse, XLII, 474; — du noma, XLI, 86; — du tartre et des calculs salivaires, XLII, 453; le bactérium coli commune, XLI, 87; — coli dans l'urine, XLII, 463; néphrite par le coli bacille, XLI, 577; — intestinales, XLII, 463; — d'Escherich, XLII, 463; du bacille typhique, XLI, 497, 499; thyroïdite et ostéo-myélite par le bacille d'Eberth, XLI, 166; bacille du typhus, XLI, 506; XLII, 464; — du choléra, XLII, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463; nouveau bacille virgule, XLII, 457; bacille ressemblant à celui du — XLII, 462; — dans les organes des cholériques, XLII, 81; — de l'urine, XLI, 74; — de la pyélonéphrite, XLI, 74; — du vagin chez l'enfant, XLII, 218; — du lait chez les accouchées, XLI, 590; — de la fièvre puerpérale, XLI, 602; le bacille de l'éclampsie, XLI, 597; XLII, 577; passage des — à travers l'intestin étranglé, XLII, 464; — de la peau normale, XLI, 212; de la lèpre, XLI, 214, 215, 216, 217, 218; — du vaccin, XLII, 516; méthode pour trouver les — de la vaccine, XLII, 465; étude — des abcès suite de variole, XLII, 465; le bacille de la morve, XLI, 83; le bacille du charbon et sa résistance, XLI, 80; du gonocoque, XLI, 628; étude — de l'orchite blennorragique, XLII, 242; microbe du chancre mou, XLII, 629; — des eaux, XLI, 544, 545, 547; — du sol, XLII, 70; rôle des poussières en chirurgie, XLII, 450; — pathogènes dans l'air et la poussière des hôpitaux, XLII, 523. — R. R., XLI, 319, 730; XLII, 339, 727.
Baillement. R. B., XLI, 320.
Bain. — froids dans la fièvre typhoïde, XLI, 535; XLII, 502, 504; — froid dans le typhus, XLII, 116 — froids dans la colique hépatique, XLI, 118. — R. B., XLI, 320, 731; XLII, 728.
Balantidium. Un cas de — coli, XLI, 113.
Bassin. Caractères sexuels du — du nouveau-né, XLII, 404; kyste hydatique du — XLI, 281; de l'ischio-pubiotomie, XLI, 604; traitement des névralgies pelviennes, XLI, 585; du traitement des suppurations pelviennes, XLI, 169; XLII, 190, 569. — R. B., XLI, 320, 731; XLII, 340, 728.
Baume du Pérou. Injections de — dans la tuberculose, XLI, 116; empoisonnement par le — XLI, 98.
Bec-de-lièvre. R. B., XLI, 320.
Bégaiement. Du — XLII, 328.
Benzanilide. De la — XLI, 123.
Benzine, Empoisonnement par la — XLI, 98.
Benzonaphtol. Du — XLI, 519; XLII, 487.
Benzosol. Empoisonnement par le — XLII, 492.
Béribéri. Du — XLI, 579; XLII, 562. — R. B., XLII, 340, 728.
Beurre. Examen des — XLII, 519, 520.
Bière. Qualités de la — XLI, 547; — conservée dans des vases d'aluminium, XLII, 520.
Bile. Circulation entéro-hépatique de la — XLI, 31; recherche de la — XLII, 33;

réactif du pigment — LXI, 41 ; recherche de la matière colorante — dans le sang, XLI, 45 ; recherche de la matière colorante — dans l'urine, XLII, 428 ; présence de l'acide myristique dans la — XLI, 45 ; rétention de la — sans ictère, XLI, 68 ; épanchements de — dans le péritoine, XLII, 171.
Biliaire. De l'oblitération congénitale des — XLI, 204 ; des infections — XLI, 149 ; digestion des graisses après fistule — XLI, 435 ; genèse des calculs — XLI, 68 ; calculs — chez les aliénés, XLI, 240 ; occlusion intestinale par calcul — XLI, 278, 279 ; kyste de la vésicule — XLI, 285 ; cancer primitif de la vésicule — XLII, 683 ; cathétérisme des voies — XLI, 286 ; chirurgie des — XLII, 270, 682 ; obs. de cholécystotomie, XLI, 655 ; cholédochotomie, XLI, 657 ; cholécystentérostomie, XLI, 658 ; XLII, 270. R. B., XLI, 320, 731 ; XLII, 340, 728.
Biologie. Fonctionnement anaérobie des tissus animaux, XLI, 419.—R. B., XLI, 731 ; XLII, 341.
Blennorragie. Bactériologie de la —XLII, 631 ; produits solubles sécrétés par le microbe — XLI, 233 ; le gonocoque — XLI, 628 ; la — maladie générale, XLI, 629 ; bactériologie de l'orchite — XLII, 242 ; diagnostic et traitement de la — XLII, 241 ; anatomie pathologique de la — XLII, 242 ; maladies du cœur par — XLII, 240 ; myélite — XLI, 629 ; de la péritonite — XLI, 234 ; — des petites filles, XLII, 239 ; rhumatisme et arthrite — XLII, 631 ; traitement du rhumatisme — XLII, 242 ; suppurations auriculaires d'origine — XLII, 716 ; traitement de la — XLI, 234, 630 ; XLII, 243, 632 ; ichtyol dans la — XLII, 243 ; conjonctivite — des nouveau-nés, XLI, 692, 693 ; traitement de l'ophtalmie — XLI, 691. — R. B., XLI, 321, 732 ; XLII, 341, 729.
Baryte. Lésions produites par les sels de — XLII, 101.
Borax. Liseré gingival par ingestion de — XLI, 522.
Borique (acide). Pureté de l' — XLII, 487 ; — dans la fièvre typhoïde, XLII, 502.
Bouche. Glandes — XLII, 16 ; présence du streptocoque dans la — XLII, 593 ; tuberculose — XLII, 709. — R. B., XLI, 321, 732 ; XLII, 341, 729.
Bradycardie. *Voy.* cœur.
Branchie. R. B., XLI, 321 ; XLII, 729.
Bromure. Toxicité des — et accumulation dans l'organisme, XLI, 95 ; anesthésie par le — d'éthyle, XLI, 260.
Bronches. Reproduction artificielle des spirales de Curschmann, XLII, 55. — R. B., XLI, 321, 732 ; XLII, 341, 729.
Bronchectasie. Traitement de la — XLII, 499.
Bronchite. Traitement de la — XLII, 498.
Brûlures. Pathogénie des — XLII, 65 ; causes de la mort après les — XLII, 652 ; thiol dans les —XII, 302 ; thiophéne contre les — XLI, 522. — R. B., XLI, 321 ; XLII, 341, 729.
Bubons. Traitement des — XLII, 243, 631. — *Voy.* lymphatique.
Bulbe. Paralysie — XLI, 131, 132. — *Voy.* Cerveau, Moelle.
Butyle-chloral. Action du — XLI, 92.

C

Cadavre. De la rigidité — XLII, 425. — modifications — des granules d'Altmann, XLI, 256.
Caféine. Action de la — XLI, 515.
Cagot. *Voy.* Lèpre.
Calcul. Durée des — pathologiques, XLII, 58.
Camphre. Injections d'huile —, dans la phtisie, XLII, 112.
Cancer. — en Normandie, XLII, 563 ; statistique de — mammaires, XLI, 669 ; parasitisme du — XLI, 48, 50, 51 ; — et psorospermie, XLII, 434, 435 ; conidies dans le — XLII, 436 ; — et parasites, XLII, 42, 43, 44, 46, 47 ; — et maladies infectieuses, XLII, 45 ; — et métastases, XLII, 47 ; — de la mamelle, XLII, 48 ; — utérin et grossesse, XLII, 570 ; — traité par la cancroine, XLI. 670. — R. B., XLI, 321, 733 ; XLII, 342, 730.
Cantharide. Action de la teinture de, — XLII, 488 ; traitement des néphrites par la teinture de — XLI, 114.
Capsules surrénales. Développement des — XLI, 410 ; fonctions des — XLI, 32 ; physio-pathologie des — XLI, 88 ; destruction des — et bons effets de la transfusion après cette destruction, XLII, 446 ; action des — ; effets de leur destruction, XLI, 441 ; greffes de — XLI, 441 ; injections de sucs de — dans la maladie d'Addison, XLI, 441 ; tumeur des — XLI, 64. — *Voy.* Rein.
Carotide. Procédé de ligature de la — externe, XLII, 265 ; tumeurs de la glande, — XLI, 641. — *Voy.* Anévrisme, Artère.
Carbone. Elimination de l'oxyde de — XLII, 106 ; empoisonnement par l'oxyde de — XLI, 524 ; XLII, 490 ; amnésie rétrograde suite d'empoisonnement par l'oxyde de — XLI, 259 ; recherche de l'oxyde de — dans les empoisonnements, XLI, 260 ; empoisonnement par le sulfure de — XLI, 98, 99.
Carbonique (acide). Présence de l' — dans l'estomac, XLI, 452 ; influence de l' — sur les ferments, XLI, 436.
Cardine. — extrait du cœur, XLII, 110.
Cartilage. Substance fondamentale du — hyalin, XLII, 403 ; composition chimique du — XLI, 47. — R. B., XLI, 733 ; XLII, 342, 730.
Caséine. Modifications de la — par les ferments, XLI, 43 ; passage des solutions de — à travers la porcelaine, XLI, 41.
Cataracte. Etiologie de la — XLI, 698 ; formes de — XLII, 698, 699 ; des — molles, XLI, 694 ; — zonulaire, XLI,

695; — pigmentaire, XLI, 694; ptérygion et — XLII, 313; ablation de la — XLI, 695; du trouble de la cornée après l'ablation de la — XLII, 313, 699. — *Voy.* Cristallin.
Catochéilite. — des moissonneurs, XLII, 223.
Cécité. — *Voy.* Œil, Vision.
Cellules. Clasmatocytes et — du tissu conjonctif, XLII, 7; chromatine des — XLII, 2; de la phagocytose, XLII, 68; toxines et lésions — XLII, 448; des sécrétions — et des auto-intoxications, XLI, 476; anaplasie des — des tumeurs, XLI, 460. — R. B., XLI, 322, 733; XLII, 342, 730.
Céphalo-rachidien (Liquide). Du — XLI, 15, 416.
Cérébrine. — contre l'ataxie, XLII, 122.
Cerveau. Topographie cranio — XLII, 401; origine centrale du pied du pédoncule — XLI, 2; corne d'Ammon, XLII, 1; les circonvolutions centrales organe central des cordons postérieurs et du trijumeau, XLII, 54; des localisations — XLII, 539; les centres corticaux, XLI, 14; centres visuels, XLI, 18; centres nerveux pour la vision des couleurs, XLII, 19; centres thermiques — XLI, 16; localisation du centre auditif, XLI, 127; XLII, 423; centres corticaux du langage, XLII, 411; centres du larynx, XLII, 412; circulation artérielle du pédoncule — XLII, 1; phénomènes psychiques et température du — XLI, 415; réaction électrique — XLI, 14; influence du sympathique cervical sur la circulation — XLII, 409; influence du chlorure de sodium sur la composition chimique du — XLI, 446; action de l'asphyxie sur la circulation — XLII, 65; granulations de l'épendyme ventriculaire, XLII, 437; du liquide céphalo-rachidien, XLI, 15, 416; destruction de la glande pituitaire, XLI, 470; mécanisme des lésions — XLI, 261; globes hyalins et thrombus dans les vaisseaux — dans les maladies infectieuses, XLI, 455; diagnostic entre l'hystérie et les maladies du — XLII, 542; localisation des aphasies, XLII, 535; aphasie motrice pure, XLI, 130; aphasie, hémiplégie et déviation conjuguée des yeux, XLII, 146; monoplégie par lésion capsulaire, XLII, 534; détermination de l'âge des hémorragies — XLI, 56; état du sang dans les hémorragies — XLI, 455; hémorragie de la fissure calloso-marginale, XLII, 534; atrophie musculaire dans l'hémiplégie — XLII, 538, 539; de l'hémianopsie corticale et de l'ataxie, XLI, 557; cécité psychique et hémianopsie, XLI, 127; amblyopie transitoire, XLI, 561; cécité bilatérale par lésion des lobes occipitaux, XLII, 143; monoplégie par lésion limitée de la capsule interne, XLII, 145; troubles — d'origine grippale, XLI, 129; le corps pituitaire et le goitre, XLI, 62; charbon — XLI, 558; syphilis — XLII, 621, 622, 623; lésions des yeux dans la syphilis — XLII, 704; tumeurs des tubercules quadrijumeaux, XLII, 145; saturnisme — XLII, 494; de la compression — XLII, 444; lésions du — après les traumatismes craniens, XLII, 648; lésions de la commotion — XLI, 56; abcès du — XLI, 637; abcès du — suite d'otite, XLII, 717; tumeurs du — XLI, 130; XLII, 146; kyste du — XLI, 682; kyste hydatique du — XLI, 636; sarcome du — XLII, 144; chirurgie du — XLII, 260; trépanation pour abcès — XLII, 206; trépanation dans un cas de porencéphalie, XLII, 207; ponction pour diminuer la pression intra — XLI, 635. — R. B., XLI, 322, 733; XLII, 342, 731.
Cervelet. Ramollissements du — XLII, 535; kystes du — XLII, 147; tumeurs du — XLII, 146; sarcome du — XLI, 131. — R. B., XLI, 323, 734; XLII, 343, 731.
Césarienne (op.). De l' — XLI, 603. — R. B., XLI, 323, 734; XLII, 342, 732.
Cétrarine. De la — XLII, 507.
Champignon. R. B., XLI, 735; XLII, 343.
Chancre. Microbe du — mou, XLII, 232, 629; traitement du — mou, XLII, 629; — extra-génitaux, XLII, 235; excision du — XLI, 232. — R. B., XLI, 323, 735; XLII, 343, 732. — *Voy.* Syphilis.
Charbon. La capsule du bacille — XLI, 80; résistance du bacille — XLI, 80; immunité des pigeons pour le — XLII, 467; durée de pénétration du bacille — XLII, 90; virulence de la bactéridie — XLI, 481; albumoses et toxalbumines secrétées par le bacille — XLI, 496; atténuation de la bactéridie par des principes microbiens, XLII, 468; développement des bacilles dans le lait, XLII, 467; modifications de — par la température, XLI, 496; action du sang des animaux immunisés dans le — XLII, 89; action de l'iode sur la bactéridie — XLII, 89; influence des gaz délétères dans l'infection — XLI, 496; section des nerfs et infection — XLI, 497; épidémie — XLII, 516, 517; — encéphalique, XLI, 558; — intestinal, XLI, 165; étude de la pustule maligne XLI, 497; traitement de la pustule maligne, XLI, 120. — R. B., 323, 735; XLII, 343, 732.
Chaulmoogra. Huile de — contre la lèpre, XLI, 218.
Chaussure. Hygiène de la — XLII, 528.
Chélidoine. De la — XLI, 509.
Chéloïde. — spontanée multiple, XLII, 611; injections créosotées dans les — XLII, 230. — *Voy.* Cicatrice.
Cheveux. R. B., XLI, 735. — *Voy.* Poil.
Chimie. R. B., XLI, 735; XLII, 344.
Chirurgie. Traité de — XLI, 630, 631; clinique — XLII, 653; précis de diagnostic — XLII, 260; rôle des poussières en — XLII, 450. — R. B., XLI, 324, 735; XLII, 344, 732.
Chloralose. Action du — XLI, 516, 517; XLII, 98; empoisonnement par le — XLII, 491.
Chlorate. — de potasse dans la lèpre, XLI, 218.

Chlorhydrique (acide). — contre la chlorose, XLI, 118. — *Voy.* Estomac.
Chloroforme. Du — et de l'eau — XLII, 488 ; effets du — sur la respiration et le cœur, XLI, 89 ; — dans la fièvre typhoïde, XLI, 535 ; lésions consécutives à l'administration du — XLI, 260.
Chloropie. De la — XLII, 693.
Chlorose. De la — XLI, 583 ; traitement de la — XLII, 507 ; acide chlorhydrique dans la — XLI, 118. — R. B., XLI, 324, 737 ; XLII, 344, 732.
Choc. — traumatique, XLI, 264. 632.
Cholécystectomie. Obs. de — XLI, 285.
Chlolécystentérostomie. Obs. de — XLI, 658 ; XLII, 270.
Cholécystotomie. Obs. de — XLI, 655.
Cholédochotomie. Obs. de — XLI, 657.
Choléra. Viabilité du bacille, XLII, 80 ; examen bactérologique du — XLII, 82, 84 ; biologie du bacille, XLII, 83, 458. 463 ; développement du bacille — XLII, 85 ; nouveau bacille virgule, XLII, 457 ; bacille ressemblant à celui du — XLII, 462 ; enzyme produit par le bacille — XLII, 456 ; modifications du bacille — par la spermine, XLII, 457 ; microorganismes dans les organes des — morts, XLII, 81 ; toxines du — XLII, 457 ; le — et les vibrions, XLII, 460 ; immunité et serothérapie, XLII, 459 ; immunisation contre le — XLII, 84 ; vaccination contre le — XLII, 87 ; du vaccin — XLI, 502, 503, 504 ; état du sang après la vaccination — XLII, 456 ; vaccination — XLII, 459 ; propriété antitoxiques du sérum des — XLII, 81 ; — et tabac, XLII, 525 ; nature du poison — XLII, 456 ; le diagnostic du — XLI, 152 ; la présence du bacille — XLI, 152 ; les bacilles du — dans l'eau, XLI, 158 ; la propagation du — XLI, 158 ; l'étiologie du — XLII, 462 ; épidémiologie du — XLI, 158 ; XLII, 179, 180 ; la marche du — en 1891, XLI, 155 ; le — asiatique, chinois, XLII, 461 ; le — à Saratow, XLI, 151 ; le — à Altona, Hambourg, etc., XLI, 151 ; histoire du — XLI, 151 ; du — XLI, 577 ; le — à Necker, XLI, 578 ; le — peut-il être transmis par la bière, XLI, 158 ; germes — dans l'eau potable, XLII, 125 ; transmission par les aliments, XLII, 179 ; formes bénignes du — XLII, 178 ; le — chez les animaux, XLI, 503 ; les formes du — XLI, 155, 156 ; — et lactation, XLI, 156 ; — chez les enfants, XLI, 156 ; complications du — XLII, 179. 180 ; anatomie pathologique, XLII, 179, 180 ; lésions des muscles, du foie, du pancréas, XLII, 180 ; altérations du foie dans le — XLII, 57 ; lésions du rein dans le — XLII, 58 ; l'ictère dans le — XLI, 160 ; ulcérations de l'estomac chez un — XLI, 156 ; ictère — XLI, 578 ; néphrite — XLI, 578 ; lésions du système nerveux central dans le — XLII, 442 ; le — chez les aliénés, XLII, 247 ; folie post — XLII, 637 ; — et grossesse, XLI, 160 ; emphysème sous-cutané dans le — XLI, 160 ; paralysie suite de — infantile, XLII, 604 ; toxalbumine dans les vomissements du — XLI, 160 ; urine des — XLII, 428 ; traitement du — XLI, 106, 109, 110, XLII, 117, 119 ; les transfusions salines dans le — XLI, 106, 109, 110 ; anti — XLII, 117 ; inspection sanitaire du — XLII, 525 ; désinfection des selles — XLII, 524 ; bactériologie du — nostras — XLII, 87 ; infection streptococcique simulant le — XLI, 158 ; — dû au bacterium coli, XLI, 158 ; — arsenical XLII, 448. — R. B., XLI, 324, 735 ; XLII, 344, 732.
Chorée. — expérimentale, XLI, 506 ; étiologie de la — XLII, 212 ; état mental dans la — XLII, 213 ; mort dans la — XLII, 213 ; — héréditaire, XLI, 137, 581, 582 ; XLII, 546 ; — électrique, XLI, 137 ; astasie-abasie — XLI, 137 ; — et érysipèle, XLI, 247 ; troubles psychiques dans la — XLII, 248 ; albuminurie — XLII, 546 ; traitement de la — par les produits microbiens, XLI, 247 ; exalgine dans la — XLI, 122, 123. — R. B., —LI, 326, 737, XLI, 345, 733.
Choroïde. — R. B., XLI, 326, 738 ; XLII, 345, 733.
Choroïdite. — syphilitique, XLII, 236 ; — purulente, XLII, 314 ; — suppurée, XLI, 697 ; — et lésion dentaire, XLI, 698.
Chromique (Acide). — dans la diphtérie, XLI, 530.
Chylurie. R. B., XLI, 738 ; XLII, 345.
Cicatrice. Formation des — du derme, XLI, 613. — R.B., XLII, 345, 734.
Ciliaire. Hémorragies syphilitiques du cercle — XLII, 700 ; lésions du cercle — dans diverses maladies, XLI, 693.
Cimetière. Conditions d'inhumation dans les — XLII, 131.
Cinchonamine. Action de la — XLI, 515.
Cinnamique (acide). — dans la tuberculose, XLII, 499.
Circulation. — fœto-placentaire, XLI, 592 ; — fœto-placentaire pendant la délivrance, XLII, 199 ; — artérielle du pédoncule cérébral, XLII, 1 ; — du rein, XLI, 442 ; action des médicaments sur la tension artérielle, XLII, 104. — R. B., XLI, 326, 738 ; XLII, 345, 734.
Cirrhose. Curabilité de la — du foie, XLII, 115 ; — alcoolique du — XLII, 445. — *Voy.* Foie.
Clasmatocyte. *Voy.* Cellule.
Climat. R. B., XLI, 326, 738 ; XLI, 734.
Clitoris. Développement du — XLI, 9.
Clou. — de Biskra, XLII, 231.
Coagulation. — du sang, XLII, 424.
Cocaïne. De la tropa — XLI, 92 ; du phénate de — XLII, 477 ; anesthésie par la — XLI, 631 ; réaction de la — XLII, 41 ; — contre l'éréthisme génital, XLII, 121.
Coccidie. — dans le cancer, XLII, 436 ; altérations du foie et de l'intestin par des — XLII, 436.
Cœcum. Anatomie de l'appendice vermiculaire, XLII, 406 ; étranglement herniaire de l'appendice — XLII, 671 ; résection du — pour rétrécissements cancéreux et cicatriciels, XLI, 275 ; traitement de l'appendicite, XLI, 276, 647, 648, 651 ; XLII, 275, 674.

Cœur. Fibres de l'oreillette et du ventricule, XLI, 404; les cellules — XLI, 51; valvules sigmoïdes du — XLII, 12; études cardiographiques, XLII, 414; plateau de la pulsation ventriculaire, XLII, 415; du rythme du — XLI, 142; XLII, 415; nature des contractions — XLI, 428; excitabilité du — XLI, 428; mouvements trémulatoires du — XLI, 428; tétanos du myocarde, XLI, 428; causes du choc de la pointe, XLII, 167; occlusion et ouverture des valvules du — XLI, 24; activité de la diastole, XLI, 24; tension intra — XLI, 23; débit du — gauche, XLI, 23; le remplissage du — XLI, 428; influence de l'acide carbonique sur le — XLI, 429; arrêt du — par élévation de température, XLI, 430; dilatation — expérimentale, XLII, 444; poison — d'origine microbienne, XLI, 506; étiologie des maladies du — XLI, 567; les attitudes du corps comme méthode d'examen dans les maladies du — XLI, 569; modifications des ganglions — dans l'endocardite, XLII, 433; myomalacie du — XLI, 458; dégénérescence kystique des fibres musculaires du — XLI, 52; fragmentation du myocarde, XLI, 53; des myocardites, XLI, 143; de la sclérose — XLI, 138; du rôle de l'inflammation dans l'asystolie, XLII, 168; tuberculose du myocarde, XLI, 53; tuberculose et lésions du — XLII, 161; grossesse et maladies du — XLI, 591; syphilis du — XLI, 229; lésions — dans la blennorragie, XLII, 240; état du — dans l'alcoolisme aigu; XLI, 241; symptômes — dans l'ulcère gastrique, XLII, 555; dextrocardie congénitale, XLI, 567; dextrocardie, XLII, 167; de la bradycardie, XLI, 142; rythme de déclanchement chez les enfants, XLI, 202; cardiopathies artérielles à type myo-valvulaire, XLI, 570; paralysie du — XLI, 51; état du ventricule gauche dans les lésions mitrales, XLI, 53; la pression veineuse dans les lésions du — gauche, XLI, 145; de l'insuffisance des valvules pulmonaires, XLI, 142; thérapeutique du — XLII, 108; le laurier rose dans les maladies du — XLII, 109; myxome du — XLII, 433; rupture du — XLI, 569; suture d'une plaie du — XLII, 267. — R. B., XLI, 326, 738; XLII, 346, 734.

Colon. *Voy.* Anus, Intestin.

Côlostomie. Procédé de — XLI, 280. — *Voy.* Anus, Intestin.

Condurango. De la — ine, XLII, 103.

Condylome. Histologie du — acuminé, XLI, 225.

Conjonctif (tissu). Développement des fibrilles—XLI, 414. — R. B., XLI, 328.

Conjonctive. Des ulcérations folliculaires de la — XLII, 311; kystes de la — XLII, 310 ; épithélioma de la — XLII, 695 ; — injections sous — de sublimé, XLII, 320. — R. B., XLI, 328; 738; XLII, 347, 735.

Conjonctivite. — folliculaire, XLII, 310; — printanière, XLII, 310; du trachome, XLII, 310, 311 ; — diphtéritique, XLII, 695, 696; — blennorragique des nouveau-nés, XLI, 692, 693; traitement de la — granuleuse, XLII, 695.

Coqueluche. Étiologie de la — XLI, 493; bacille de la — XLII, 78; de la — XLII, 602. — R. B., XLI, 328, 739; XLII, 347, 735.

Cornée. Courbure de la — XLII, 304; astigmatisme — XLI, 693; trouble de la — après l'opération de la cataracte, XLII, 313, 699; ulcères de la — à hypopyon, XLII, 697; incrustations calcaires de la — XLII, 696; tumeurs de la — XLII, 697; néoplasies — XLI, 691. — R. B., XLI, 328, 739; XLII, 347, 735.

Corps articulaires. Variété de — XLI, 298.

Corps étrangers. — des voies aériennes, XLI, 719; — de l'œil, XLI, 704; — du corps ciliaire, XLII, 315; — du corps vitré, XLII, 704; — de l'utérus, XLII, 571 ; compresse oubliée dans le ventre, XLI, 273. — R. B., XLI, 328, 740; XLII, 347, 736.

Coryamyrtine. De la — XLI, 510.

Coryza. *Voy.* Nez.

Côte. — cervicale, XLI, 263; XLII, 443.

Cou. Côte — XLI, 263; XLII, 443; du pseudo-phlegmon du — XLI, 668; lymphomes du — XLII, 297; traitement des ganglions tuberculeux du — XLII, 217. — R. B., XLI, 329; XLII, 346, 738.

Couleur. Centres de la perception des — XLII, 19; sensibilité — XLII, 544; périmétrie des — XLII, 690.

Coxalgie. Formes de—XLI, 294 ; traitement de la — XLI, 295; XLII, 292; — traitée sans immobilisation, XLI, 674. — *Voy.* Articulation.

Crâne. Topographie — cérébrale, XLII, 401; la fossette occipitale — XLII, 404; trou de Civinini et trou crotaphilo-buccinateur, XLII, 17; oblitération des sutures du — chez les idiots, XLI, 249 ; du ramollissement des os du — chez les enfants, XLI, 197 ; — lésions du cerveau après les traumatismes — XLII, 648 ; exostoses du — XLI, 208; chirurgie intra — XLII, 654; autoplastie — XLII, 655; greffe — XLII, 658 ; trépanation pour hémorragie intra — XLII, 656; trépanation pour hémorragie de la méningée moyenne, XLI, 261; trépanation dans la méningite, XLII, 593; trépanation pour épilepsie, XLII, 598 ; kyste dermoïde de l'inion, XLII, 261. — R. B., XLI, 329, 740; XLII, 348, 736.

Craniotomie — pour microcéphalie, XLII, 206, 207, 261, 597; — pour épilepsie, XLII, 208 ; obs. de — XLI, 187.

Crapaud. Toxicité du sang et du venin du — XLII, 489.

Créatine. Action de la — XLI, 513.

Créosote. De l'oléo — XLII, 483 ; élimination de la — XLI, 519; — dans la tuberculose, XLII, 111.

Crésol. Action du — XLI, 517.

Crétinisme. — R. B., XLII, 438.
Criminels. L'anthropologie — XLI, 250; — catégories de — XLI, 251; effets de l'instruction sur la — XLI, 252; la fosse occipitale chez les — XLII, 404; coccyx dans le squelette des — XLI, 251; oreille des — XLI, 253. — R. B., XLI, 329, 740; XLII, 348, 736.
Cristallin. Anatomie du — XLII, 405; variations de courbure du — par l'âge, XLII, 698; changement du — dans l'accommodation, XLI, 687; excroissances équatoriales du — XLI, 695; malformation du — XLII, 313; lenticonus postérieur, — XLI, 697; luxation des deux — XLI, 697. — R. B., XLI, 329, 741; XLII, 340, 736.
Cristaux. — de Charcot dans les fèces, XLII, 176.
Croissance. Dératement et — XLII, 445.
Curare. Action du — XLII, 100.
Cylindrome. — de la dure-mère, XLI, 58.
Cysticerque. — de l'œil, XLI, 702; — intra-oculaire, XLII, 319, 320. — R. B., XLI, 330; XLII, 348, 737.
Cystite. Salol dans la — XLI, 536.—*Voy.* Vessie.

D

Dacryocystite. *Voy.* Lacrymal.
Déciduome. — malin, XLII, 197.
Délivrance. *Voy.* Accouchement.
Démence. *Voy.* Aliénation.
Démographie. — R. B., XLI, 741; XLII, 349.
Dent. La résorption des arcades alvéolaires dans l'ataxie, XLI, 135; rudiments — XLII, 19; maladies de la — XLII, 203, 204. — R, B., XLI, 330, 741; XLII, 349, 737.
Dermatite. — herpétiforme et pemphigus foliacé, XLII, 220; — exfoliatrice, XLII, 221.
Dermatol. Emploi du — XLI, 537.
Dermatologie. Recueil d'observations — XLII, 608.
Dermatoses. — médicamenteuses, XLII, 232, 233, 234.
Désinfection. De la — XLI, 527; — des habitations, XLI, 553; — des locaux, XLII, 523; valeur des substances gazeuses pour la — XLII, 129; — par la vapeur, XLII, 130; pouvoir — du sol, XLII, 130; — intestinale, XLI, 44; — des selles cholériques, XLII, 524; — des déchets, XLII, 524. — R. B., XLI, 330; XLII, 349, 737.
Diabète. Le — pancréatique, XLI, 67, 68, 468, 576; XLII, 27, 445; pathogénie du XLI, 440; XLII, 420; — phlorhyzique, XLI, 518; échanges nutritifs dans le — XLII, 431; transformation de la galactose dans le — XLII, 431; consommation du sucre dans le — XLII, 26; lésions du sympathique dans le — XLII, 442; de l'albuminurie dans le cours du — XLI, 114; — azoturique avec sueurs, XLII, 558; pneumonies des — XLII, 547; — et lésions nerveuses spontanées, XLII, 174; comas — XLI, 576; — chez l'enfant, XLI, 205, 206; du — syphilitique, XLI, 231; régime des — XLI, 527; injection pancréatiques dans le — XLII, 497; traitement du — par l'extrait du pancréas, XLII, 508. — R. B., XLI, 330, 741; XLII, 349, 737.
Diaphtérine. De la — XLII, 101.
Diarrhée. Variations des éthers sulfuriques dans les — XLI, 44; traitement de la — infantile, XLII, 504; salol dans la — XLI, 540. — *Voy.* Intestin.
Digestion. Les ferments — XLI, 27. — R. B., XLI, 331, 742; XLII, 737.
Digitale. Dosage des granules de — ine, XLII, 478; — dans la pneumonie, XLII, 498.
Digitoxine. De la — XLII, 509.
Diphtérie. Nature du poison — XLII, 456; toxine du bacille — XLI, 84; le bacille de la — ses variations, XLI, 494; l'immunité — XLI, 84; polymorphie de la — XLI, 303; persistance du bacille dans le pharynx après la guérison de la — XLI, 304; de la — XLI, 583; pression sanguine dans la — XLII, 602; hémiplégie suite de — XLI, 201; exanthèmes septicémiques de la — XLII, 561; symptômes tétaniques dans la — XLII, 600; conjonctivite — XLII, 696; traitement de la — par l'acide chromique, XLI, 530; pilocarpine dans la — XLI, 117, 530; eau oxygénée dans la — XLI, 530; pilocarpine contre la — XLI, 117; ozone contre la — XLI, 117; perchlorure de fer dans la — XLI, 530; bleu de méthylène dans la — XLII, 505; statistique de tubage, XLII, 330. — R. B., XLI, 331, 742; XLII, 350, 738.
Diurèse. De la — XLI, 519.— *Voy.* Rein.
Diurétine. De la — XLII, 478.
Diurétique. Calomel comme — XLII, 115.
Doigt. — Un cas de pouce bifide, XLI, 297; traitement du — à ressort, XLI, 297; autoplastie pour syndactylie, XLI, 297. — *Voy.* Main, Pied.
Drainage. — des plaies, XLI, 635.
Duodénum. Laparotomie pur ulcère perforant — XLII, 667.
Dure-mère. *Voy.* Méninge.
Dysenterie. Etiologie de la — XLI, 86; — avec amibes du côlon, XLII, 174; traitement de la — XLI, 539; XLII, 509. — R. B., XLI, 332, 742; XLII, 350, 738.
Dysydrose. De la — XLI, 614.

E

Eau. Richesse bactérienne des — XLI, 544, 545, 547; examen de l' — potable, XLII, 521; filtration de l' — XLII, 522, — au contact des vases en aluminium, XLII, 522; valeur des filtres à — XLII,

128 ; assainissement des cours d' — XLII, 127, 129 ; épuration de l' — XLI, 544, 545, 546, 547 ; XLII, 128 ; épuration des — d'égout, XLII, 126 ; germes cholériques dans l' — potable, XLII, 125 ; effets de l' — oxygénée, XLI, 523 ; — oxygénée dans la diphtérie, XLI, 530. — R. B., XLI, 332, 742 ; XLII, 350, 738.
Eaux minérales. Traité des — XLI, 105. — R. B., XLI, 332 ; XLII, 350, 738.
Éclampsie. Etiologie de l' — XLI, 85 ; toxicité du sérum sanguin dans l' — XLI, 602 ; le bacille de l' — et étiologie de l' — XLI, 597 ; bacille — XLII, 577 ; pathogénie de l' — XLII, 578 ; syphilis et — XLII, 577 ; injections salines dans l' — XLII, 577 ; traitement de l' — XLII, 199. — R. B., XLI, 332, 743 ; XLII, 351, 739.
Écriture. — et attitude corporelle, XLI, 556 ; — en miroir, XLII, 600. — R. B., XLI, 333, 743.
Eczéma. Maladie de Paget de la région ano-scrotale, XLII, 222 ; qu'est-ce que l' — XLII, 222 ; — de la lèvre chez les moissonneurs, XLII, 223 ; gallanol contre l' — XLII, 225. — R. B., XLI, 333, 743 ; XLII, 351, 739.
Électricité. Traité d' — médicale, XLII, 489 ; excitation — des tissus vivants, XLII, 28 ; résection galvanique des nerfs sensoriels, XLII, 409 ; modifications de l'excitabilité par le courant faradique, XLII, 410 ; accidents par les courants de haute tension, XLII, 120 ; influence des courants continus sur les bactéries XLII, 69 ; résistance — de l'urine, XLI, 36 ; — et absorption cutanée, XLI, 90 ; l'excitabilité — des muscles dans la maladie de Thomsen, XLI, 168 ; — directe de l'estomac, XLII, 501 ; éclairage — des abcès du sinus maxillaire, XLI, 308 ; — dans les déviations de la cloison nasale, XLI, 307 ; — dans la pleurésie, XLII, 113 ; — pour rétrécissements de l'œsophage, XLI, 647 ; du courant sinusoïdal en gynécologie, XLII, 196 ; traitement du saturnisme par l' — XLI, 120. — R. B., XLI, 333, 743 ; XLII, 351, 739.
Electrolyse. *Voy.* Electricité.
Eléphantiasis. — congénital, XLII, 231. — R. B., XLI, 333, 744 ; XLII, 351, 740.
Embolie. — de la rétine, XLI, 700 ; — suite d'injections mercurielles, XLI, 627 ; XLII, 627 ; — après les injections créosotées, XLII, 110. — R. B., XLI, 334, 744 ; XLII, 351.
Embryologie. Etude de l' — humaine, XLI, 401 ; ponts intercellulaires entre les fibres musculaires lisses et les cellules épithéliales dérivées du feuillet externe, XLII, 10, 16. — R. B., XLI, 334, 744 ; XLII, 740.
Emphysème. — sous-cutané, XLI, 570 ; — sous-cutané dans le choléra, XLI, 160. — R. B., XLI, 334 ; XLII, 352, 740.
Empoisonnement. Le noyau des cellules dans les — XLI, 525 ; — par la morphine et l'opium, XLII, 490, 491 ; — par l'aconitine, XLI, 97 ; — par la physostigmine, XLI, 97 ; — par l'hydrate d'amylène, XLI, 524 ; — par le benzosol, XLII, 492 ; — par le chloralose, XLII, 491 ; — par la benzine, XLI, 98 ; — par le sulfure de carbone, XLI, 98, 99 ; — par l'iodoforme, XLII, 492 ; — par le phosphore, XLII, 492, 493 ; — par le sublimé, XLI, 100 ; XLII, 492 ; de l' — mercuriel, XLII, 106 ; — par l'arsenic, XLI, 99 ; lésions rénales dans l' — par SO^2, XLII, 494 ; — par le baume du Pérou, XLI, 98 ; — par l'hydrogène sulfuré, XLI, 523 ; — par l'ozone, XLI, 524 ; — par l'oxyde de carbone, XLI, 524 ; XLII, 490 ; amnésie rétrograde suite d' — par l'oxyde de carbone, XLI, 259 ; recherche de l'oxyde de carbone dans les — XLI, 260 ; — par la viande, XLII, 495. — R. B., XLI, 334, 744 ; XLII, 352, 740.
Empyème. *Voy.* Abcès, Pleurésie.
Encéphale, ite. *Voy.* Cerveau.
Encéphalocèle. Ablation d'un — XLII, 597. — *Voy.* Cerveau.
Endocardite. — infectieuse expérimentale, XLI, 80 ; de l' — maligne, XLI, 141 ; modifications des ganglions cardiaques dans l' — XLII, 433 ; — traumatique, XLII, 168 ; — suivie d'érythème noueux, XLI, 221. — *Voy.* Cœur.
Endothéliome. — glycogénique, XLI, 461.
Enfant. Leçons sur les maladies des — XLII, 592 ; le rachis chez l' — XLI, 7 ; présence du streptocoque dans la bouche — XLII, 593 ; indican chez l' — XLII, 429 ; du craniotabes, XLI, 197 ; méningite cérébro-spinale, XLII, 205 ; myélite chez l' — XLI, 198 ; sclérose en plaques, XLII, 209 ; hémiathétose primaire, XLII, 594 ; paralysie spinale récidivante, XLII, 595 ; paralysie congénitale, XLII, 596 ; maladie de Friedreich, XLII, 595 ; paralysies chez l' — XLI, 199 ; pseudo-paralysie syphilitique, XLI, 199 ; XLII, 208 ; hémiplégie et aphasie, XLII, 205 ; hémihypertrophie, XLII, 209 ; névrite interstitielle — XLII, 596, 597 ; psychoses chez l' — XLI, 198 ; hystérie chez l' — XLII, 203, 212 ; hystérie simulant les maladies de l'encéphale, XLII, 592 ; acromégalie, XLII, 210, 598 ; rythme de déclanchement chez l' — XLI, 202 ; grippe chez l' — XLI, 201 ; tuberculoses de l' — XLI, 200 ; empyème chez l' — XLII, 216 ; pleurésie chez l' — XLI, 200 ; hémoptysies chez l' — XLI, 201 ; hypertrophie de la rate chez l' — XLI, 206 ; cirrhose hépatique chez l' — XLI, 203 ; de l'oblitération congénitale des voies biliaires, XLI, 204 ; diathèse urique chez l' — XLI, 206 ; diabète chez l' — XLI, 205, 206 ; hyperplasie des follicules clos et des plaques de Peyer, XLI, 207 ; thrombose artérielle dans la fièvre typhoïde, XLII, 215 ; choléra chez les — XLI, 156 ; paralysie suite de choléra — XLII, 604 ; anémie chronique dans l' — XLII, 211, 212 ; rhumatisme noueux, XLII, 214 ; lèpre chez l' — XLII, 599 ; bactériologie du vagin chez les petites filles, XLII, 218 ; blennorrée des

petites filles, XLII, 239; formes de la syphilis — XLI, 229 ; syndrome de Ménière chez les — XLII, 331 ; tumeur du pharynx, XLII, 709; injections de sérum artificiel dans les diarrhées — XLII, 504; phénocolle chez les — XLI, 539 ; gangrène symétrique des pieds, XLII, 605; macroglossie, XLII, 604 ; kyste fœtal adhérent à la région cervicale, XLII, 605 ; épithélioma de la lèvre chez un — de 15 ans, XLI, 209 ; luxation de l'épaule chez un — XLI, 209; fractures non consolidées, XLII, 216 ; traitement des tumeurs blanches, XLII, 217 ; gastrostomie chez une — XLI, 209 ; prolapsus du diverticulum de Meckel, XLII, 604 ; hernie inguinale étranglée, XLI, 212 ; néphrectomie chez l' — XLII, 607 ; suture vésicale chez l' — XLI, 210; tumeurs de la vessie, XLI, 210 ; calculs vésicaux, XLI, 211. — R. B., XLI, 335, 744 ; XLII, 352, 741.

Epaule. Les tuberculoses de l' — XLII, 289. — *Voy*. Articulation.

Ephélide. Traitement des — XLII, 620.

Epiderme. *Voy*. Peau.

Epilatoire. — non irritant, XLII, 621.

Epilepsie. Notes sur l' — XLI, 248 ; de l' — XLI, 244 ; — partielles sensitives, XLI, 245; siège des désordres de l' — XLI, 245 ; inversion de la formule des phosphates dans l'urine des — XLI, 36; albuminurie dans l' — XLI, 244 ; contracture post — XLII, 641 ; mouvements pendant le sommeil des — XLI, 245 ; traitement de l' — XLII, 255 ; hydrastine dans l' — XLII, 255 ; traitement de l' — par les produits microbiens, XLI, 247 ; médicaments convulsivants dans l' — XLI, 247 ; antipyrine dans l' — XLI, 247 ; résection du sympathique dans l' — XLI, 246 ; XLII, 641 ; ligature des artères vertébrales dans l' — XLI, 246 ; XLII, 642 ; trépanation dans l' — XLI, 246, 248 ; XLII, 208, 598. — R. B., XLI, 336, 746 ; XLII, 353, 742.

Épistaxis. *Voy*. Hémorragie, Nez.

Epispadias. *Voy*. Urètre.

Epithélioma. — de la lèvre chez un garçon de 15 ans, XLI, 209. — R. B., XLII, 353, 743.

Épithélium. Variations des endo — d'après l'extension des organes, XLII, 9. — R. B., XLI, 746.

Épithème. Des — froids et chauds, XLII, 512.

Équilibre. Sens de l' — XLII, 410.

Eruptions. — par l'antipyrine, XLI, 228.

Erysipèle. L' — XLII, 563; étude du streptocope de l' — XLII, 88; passage de la mère au fœtus du microbe — XLI, 485 ; chorée et — XLI, 247 ; — primitif du larynx, XLI, 309 ; arthrites dans l' — XLI, 580; l'essence de térébenthine contre l' — XLI, 119; pulvérisations de sublimé dans l' — XLI, 539 ; ichthyol dans l' — XLI, 543. — R. B., XLI, 336, 746; XLII 353, 743.

Érythème. De l' — multiforme, XLI, 220; — noueux avec endocardite, XLI, 221 ; — noueux secondaire, XLII, 611 ; — infectieux, XLII, 220. — R. B., XLI, 337 ; XLII, 354, 743.

Érythromélalgie. De l' — XLII, 152, 153. — *Voy*. Nerf, Névralgie.

Érythropsie. — chez un aveugle, XLII, 313.

Essence. Des — de l'élixir de Garus, XLII, 96.

Estomac. Innervation de l' — XLI, 28, 426; de la sécrétion — XLI, 148; sécrétion — après section du vague, XLII, 26; action du vague sur l' — XLII, 26 ; examen et analyse du suc gastrique, XLII, 426; dosage de HCl, XLII, 30, 31 ; examen du contenu — XLII, 30, 31 ; processus de peptonisation dans l' — XLII, 427 ; influence du repos et de l'exercice sur la digestion — XLII, 417; salol pour l'examen du fonctionnement — XLII, 114 ; influence des basses températures sur les fonctions de l' — XLI, 437; présence de CO^2 dans l' — XLI, 452; présence d'ammoniaque dans l' — XLI, 452; des gaz de l' — XLII, 170; influence des médicaments sur la sécrétion de l'HCl, XLII, 489; effets des acides et des bases sur le suc gastrique, XLII, 553; traité des maladies de l' — XLII, 531; formes de dyspepsie, XLII, 554; séméiologie de l'espace semi-lunaire de Traube dans les maladies de l' — XLI, 147; chimisme — chez les pellagreux, XLII, 617; de l'hypersthénie — XLII, 169; absence de secrétion — XLII, 113; atrophie primitive de la muqueuse — XLII, 554; tétanie — XLI, 147; gastrite chronique avec hématémèse mortelle, XLII, 555 ; hématémèses idiopathiques, XLI, 149 ; des hématémèses, XLII, 556; tuberculose — XLI, 572; l'ulcère de l' — XLI, 573; pathogénie de l'ulcère — XLII, 169; ulcérations de l' — chez un cholérique, XLI, 156; symptômes cardiaques dans l'ulcère — XLII, 555 ; traitement des ulcères — XLII, 114 ; forme septicémique du cancer — XLII, 171; fonctionnement — dans le cancer — XLII, 553; valeur séméiologique de l'acide lactique dans le cancer — XLI, 149; thérapeutique des maladies de l'— XLII, 500; lavage de l' — XLI, 531, 532; électrisation de l' — XLII, 501; massage dans les maladies — XLII, 501; traitement gymnastique dans la dyspepsie, XLII, 501; action de la solanine dans les maladies de l' — XLI, 532; chirurgie de l' — XLI, 269; XLII, 269; des plaies de l' — XLI, 645; plaie de l'artère — XLI, 269; abcès suite d'ulcère perforant — XLII, 663; traitement de l'ulcère perforant — XLII, 664, 665; intervention dans la perforation par ulcère — XLII, 270; laparotomie pour l'ulcère de l' — XLI, 643, 644; gastrorraphie pour la dilatation de l' — XLI, 643; traitement chirurgical de la dilatation — XLII, 268; gastro-entérostomie pour dilatation — XLII, 663; obs. de gastrostomie, XLI, 269; XLII, 662, 666 ; pylorectomie, XLI, 269, 272; pyloroplastie, XLI, 273; obs. de

gastro-entérostomie, XLI, 270, 272, 273, 644, 645, 646; gastro-entérostomie pour sténose du pylore, XLII, 269; jejuno-duodénostomie, XLI, 644, 646; ablation du cancer — XLI, 271. — R. B., XLI, 337, 746; XLII, 354, 743.
Ether. Variation des — sulfuriques de l'urine dans les diarrhées, XLI, 44.
Euphorine. Action de l' — XLI, 518; emploi de l' — en gynécologie, XLI, 180.
Europhène. — contre la lèpre, XLII, 617; — contre le chancre mou, XLII, 629.
Exalgine. Action et emploi de l' — XLI, 92, 122; — dans la chorée, XLI, 122, 123; — chez les aliénés, XLII, 641.
Exanthèmes. — septicémiques dans la scarlatine et la diphtérie, XLII, 561; — médicamenteux, XLII, 232, 233, 234; — mercuriel, XLII, 620. — R. B., XLI, 339, 748.
Exophtalmie. — intermittente, XLII, 694.
Exostose. — multiples du crâne et de la face, XLI, 208.
Exothyropexie. — *Voy.* Thyroïde.
Expectoration. Préparation des crachats, XLII, 449; recherche du bacille tuberculeux dans l' — XLI, 75; destruction des bacilles tuberculeux dans l' — XLII, 139.
Exstrophie. De l' — de la vessie, XLI, 65.

F

Face. Névralgie épileptique de la — XLI, 138; paralysie — XLI, 137; paralysie — hystérique, XLII, 542; exostoses de la — avec hémiatrophie — XLI, 208; autoplastie de la — XLII, 299 — R. B., XLI, 339, 748; XLII, 355, 745.
Falsification. — de la gaze iodoformée, XLII, 488.
Farcin. Inoculation du — dans les centres nerveux, XLII, 90.
Favus. — de l'homme et des animaux, XLII, 229; champignon du — XLI, 621; décroissement du — en France, XLI, 621; pseudo-tuberculose — XLII, 228. — *Voy.* Teigne.
Fèces. Cristaux de Charcot dans les — XLII, 176; stérilisation des — XLII, 130.
Fer. Dépôts de — dans les tissus, XLI, 47; combinaison — albumineuse résorbable, XLI, 520.
Ferment. — solubles et — figurés, XLI, 436; les — digestifs, XLI, 27; — digestifs chez les nouveau-nés, XLI, 450; — dédoublant le tréhalose en glucose, XLII, 424; — de l'inuline, XLII, 424; valeur du — lab zymogène, XLI, 29; influence de CO^2 sur les — diastasique et peptonisant, XLI, 436. — R. B., XLI, 339, 748; XLII, 355, 745.
Fibrine. Coagulation pathologique de la — XLII, 49.
Fibrome. — myome de la région vulvo-périnéale, XLI, 177; altération des — dans la grossesse, XLII, 193; traitement des — dans la grossesse et l'accouchement, XLI, 177, 184; du traitement des — utérins, XLI, 175, 176; XLII, 568, 569. — *Voy.* Utérus.
Fièvre. — des bords de la Méditerranée, XLII, 178; — des Indes hollandaises, XLII, 565, des agents — XLII, 485. — R. B., XLI, 748; XLII, 355, 745.
Fièvre intermittente. — *Voy.* Paludisme.
Fièvre jaune. — R. B., XLI, 339, 748; XLII, 355, 745.
Fièvre récurrente. Etat de la rate dans la — XLI, 463.
Filaire. De la — XLII, 562.
Fistule. — de la veine cave et de la veine porte, XLII, 63; hémorragies de la vessie après l'opération de — vésico-vaginale, XLI, 180; opérations de — stercorale, XLI, 210; traitement des — anales, XLI, 285. — R. B., XLI, 339, 748; XLII, 355, 745.
Fluor, ure. Dépôt des combinaisons du — après alimentation avec les — ures, XLII, 101; dépôt de sels de fluor par ingestion de — XLI, 95; toxicité du — de sodium, XLII, 486.
Fœtus. Transmission du streptocoque de la mère au — XLII, 466 — *Voy.* Enfant.
Foie. L'appareil suspenseur du — XLI, 572; développement du — XLI, 408; pathologie des cellules — XLII, 57; formation des cellules sanguines dans le — XLI, 5; de la cirrhose — XLI, 149; cirrhose alcoolique du — expérimentale, XLII, 445; cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, XLII, 556; curabilité de la cirrhose — XLII, 115; urine dans la cirrhose — XLII, 38; cirrhose — chez l'enfant, XLI, 203; le — des phtisiques, XLI, 66; altération du — dans le choléra, XLII, 57; syphilis du — XLII, 214; lésions — par des coccidies, XLII, 436; taches blanches du — infectieux, XLII, 436; folie — XLII, 253; bains froids contre les coliques — graves, XLI, 118; plaie du — XLI, 281; abcès du — et stérilité des abcès, XLI, 655; obs. d'hépatotomie, XLI, 655; traitement des abcès — XLI, 656; résection du — XLII, 683. — R. B., XLI, 339, 748; XLII, 355, 745.
Folie. — *Voy.* Aliénation.
Forceps. — R. B., XLII, 356. — *Voy.* Accouchement.
Formaldéhyde. Action du — XLI, 521.
Formanilide. De la — XLII, 480.
Formique (acide). Action de l' — XLI, 517.
Foudre. Effets de la — XLI, 256. — R. B., XLI, 341.
Fracture. — du cou, XLI, 262; — de l'extrémité supérieure de l'humérus, XLI, 290; — de l'extrémité inférieure de l'humérus, XLI, 291; lésions nerveuses consécutives aux — de l'extrémité supérieure, XLII, 292; — de la rotule, XLI, 678, 679; traitement des — de la rotule, XLI, 293; traitement des — de cuisse et de bras, XLII, 289; traitement

des — compliquées de jambe, XLI, 292 ; injection de chlorure de zinc pour un retard de consolidation de — XLI, 293. — R. B., XLI, 340, 749 ; XLII, 356, 746.
Fromage. Composition du — XLI, 550.
Froid. Action du — sur différents tissus, XLI, 464.
Fuchsine. Innocuité de la — pure, XLI, 555.
Fulguration. *Voy*. Foudre.
Furoncle.— R. B., XLII, 356.

G

Gaïacol. Injections de — dans la tuberculose, XLI, 528.
Gale.— R.B., XLII, 747.
Gallanol. — contre le psoriasis et l'eczéma, XLII, 225.
Ganglion. *Voy*. Lymphatique, Nerveux.
Gangrène. — des paupières, XLII, 309, 692 ; — symétrique des pieds, XLII, 605 ; — dans la sclérodermie, XLII, 613 ; des — chirurgicales, XLI, 300. R. B., XLI, 341, 747 ; XLII, 356, 747.
Gastro-entérostomie. Obs. de — XLI, 270, 272, 273, 644, 645, 646 ; XLII, 269, 663, 664. *Voy*. Estomac, Intestin.
Gastro-jejunostomie. Obs. — XLII, 676.
Gastrite. *Voy*. Estomac.
Gastrostomie. Procédé de — XLII, 666 ; — pour les rétrécissements de l'œsophage, XLII, 662 ; — chez une enfant, XLI, 209 ; obs. de — XLI, 269. — *Voy*. Estomac.
Gaz. Des — de l'estomac, XLII, 170.
Gaze. Falsification de la — iodoformée, XLII, 488.
Gelsemium. Action du — XLII, 103.
Génitaux (org.). Injections de chlorure de zinc dans la tuberculose — XLII, 284 ; cocaïne contre l'éréthisme — XLII, 121. — R. B., XLI, 341, 749 ; XLII, 356, 747.
Genou. Traitement du — cagneux, XLI, 297.— *Voy*. Articulation.
Géographie méd. — R. B., XLI. 341 ; XLII, 357, 747.
Glace. — dans la pneumonie, XLII, 498 ; — dans la péricardite, XLII, 500.
Glande. Epithelium des conduits des grosses — XLI, 408 ; — carotidienne, XLI, 406, 407 ; tumeurs de la — carotidienne, XLI, 641 ; — buccales, XLII, 16 ; — parathyroïdiennes, XLII, 15. — R. B., XLII, 748.
Glaucome. — hémorragique, XLI, 704 ; XLII, 314. — R. B., XLI, 341, 750 ; XLII, 357, 748.
Glossite. — aiguë, XLII, 322. — *Voy*. Langue.
Glycogène. — de l'extrait de viande, XLII, 420.
Glycose. Réactif du — XLI, 451 ; ferment dédoublant le tréhalose en — XLII, 424.
Glycosurie. — alimentaire, XLI, 29 ; XLII, 420.
Goître. Le corps pituitaire et le — XLI, 62 ; traitement du — XLII, 297 ; traitement du — suffocant, XLI, 684.— *Voy*. Thyroïde.
Goître exophtalmique. Des—secondaires ou symptomatiques, XLI, 582 ; — et dégénérescence mentale, XLII, 247 ; — et tabes, XLII, 538 ; — causé par lésion nasale, XLI, 709 ; lésions osseuses dans le — XLII, 563 ; traitement chirurgical du — XLI, 299. — *Voy*. Thyroïde.
Goût. Structure des bourgeons — et terminaisons nerveuses, XLII, 4, 5 ; physiologie du — XLII, 24 ; la sensation du — XLI, 25.
Goutte. La — et l'acide urique, XLI, 35 ; — intestinale, XLII, 120 ; rétinite — XLII, 699. — R. B., XLI, 342 ; XLII, 357, 748.
Graisse. Résorption des acides gras des — XLI, 437 ; digestion des — après fistule biliaire et ablation du pancréas, XLI, 435 ; l'engraissement par la — XLI, 30 ; nécrose — et maladies du pancréas, XLII, 174.
Greffe. — nerveuse, XLII, 657 ; — cranienne, XLII, 658 ; des — cutanées, XLI, 471 ; — pancréatique, XLI, 468 ; — osseuse, XLI, 671. — R. B., XLI, 342, 750 ; XLII, 748.
Grégarines. — pulmonaires chez un mort-né, XLI, 258.
Grippe. Epidémies de — XLII, 163 ; diffusion de la — par l'air, XLI, 79 ; bacille de la — XLI, 78, 79, 493, 571 ; XLII, 79 ; troubles cérébraux d'origine — XLI, 129 ; névrose — XLI, 236 ; — chez l'enfant, XLI, 201 ; — chez les femmes enceintes, XLI, 181 ; paludisme réveillé par la — XLII, 163 ; la leucocytose — XLI, 146 ; albuminurie intermittente par néphrite — XLI, 162. — R. B., XLI, 342, 750 ; XLII, 357, 748.
Grossesse. — prolongée, XLII, 572 ; inclinaisons latérales de l'utérus dans les présentations du sommet, XLII, 572 ; influence des rétrodéviations de l'utérus sur la — XLI, 184 ; vomissements incoercibles de la — XLI, 593 ; — et maladies du cœur, XLI, 591 ; grippe dans la — XLI, 181 ; choléra et — XLI, 160 ; influence du purpura sur la — XLI, 181 ; albuminurie de la — XLII, 199 ; sucre dans l'urine de la — XLII, 428 ; des hémorragies utérines dans la — XLI, 185 ; — après l'hystéropexie, XLI, 182 ; ovariotomie pendant la— XLI, 588, 590 ; altérations des myomes dans la — XLII, 193 ; traitement des fibromes pendant la — XLI, 177, 184 ; ablation de l'utérus cancéreux à six mois de — XLII, 570 ; amputation de l'utérus — XLII, 576. — R. B., XLI, 343, 750 ; XLII, 357, 748.
Grossesse extra-utérine. Obs. de — XLI, 192, 193, 609 ; XLII, 202, 592 ; — tubaire double et bilatérale, XLII, 202 ; traitement de la — XLI, 609. — *Voy*. Grossesse.
Gynécologie. Du courant sinusoïdal en —

XLII, 196. — R. B., XLI, 343, 751 ; XLII, 358, 749.

H

Hallucinations. Des — verbales dans la mélancolie, XLI, 238 ; — de la vue chez un dément, XLI, 239. — *Voy*. Psychose.
Hanche. Traitement des luxations congénitales de la — XLII, 293, 294. — *Voy*. Articulation, Luxation.
Haphéphobie. Obs. d' — XLI, 236.
Helminthe. Présence du megastoma entericum dans l'intestin de l'homme, XLI, 584; tuberculose chez les lombrics, XLII, 161. — R. B., XLI, 344, 751 ; XLII, 358, 749.
Hématoporphyrine. — dans l'urine, XLI, 448 ; — urie, XLI, 38, 39.
Hémianopsie.— *Voy*. Cerveau, Œil.
Hémoglobine. De la mét — XLII, 37.
Hémoglobinurie. — suite d'empoisonnement par l'arsenic, XLI, 99. — R. B., XLII, 358, 749.
Hémophilie. — R. B., XLI, 344.
Hémoptysie. Des — dans la tuberculose, XLII, 550 ; — chez l'enfant, XLI, 201.
Hémorragie. Détermination de l'âge des — cérébrales, XLI, 56 ; — nasale, XLI, 709 ; — pharyngées , XLI, 302 ; hématémèses idiopathiques, XLI, 149 ; — stomacales, XLII, 555, 556 ; — syphilitiques du cercle ciliaire, XLII, 700 ; lésions de l'œil suite d' — XLI, 701 ; — vésicale après l'opération de la fistule vésico-vaginale, XLI, 180 ; traitement des — vésicales après la taille, XLI, 666 ; des — utérines dans la grossesse et l'accouchement, XLI, 185 ; injections salines dans les — XLII, 660. — R. B , XLI, 344, 751 ; XLII, 358, 749.
Hémorroïdes. Des — XLI, 679, 680 ; — internes, XLII, 685 ; traitement des — XLII, 685. — R. B., XLI, 344, 751 ; XLII, 359, 751.
Hérédité. — en aliénation, XLII, 248 ; — dans la paralysie générale, XLII, 639. — R. B., XLI, 344; XLII, 359, 750.
Hernie. Traités des — XLII, 668 ; — diaphragmatique étranglée, XLI, 654 ; — de l'appendice iléo-cœcal, XLII, 671 ; — propéritonéale, XLI, 654 ; — de l'hiatus de Winslow, XLI, 285 ; — inguinale étranglée, avec — propéritonéale, XLII, 672 ; — inguinale étranglée chez l'enfant, XLI, 212 ; — obturatrice étranglée, XLII, 671 ; — dans un fibro-lipome de la fesse, XLI, 284 ; de l'omphalectomie, XLII, 275 ; résection de l'intestin dans les — gangrenées, XLII, 672 ; cure radicale des — XLI, 654 ; XLII, 274. — R. B., XLI, 344, 751 ; XLII, 359, 750.
Herpes. De l' — zoster, XLII, 610 ; — vacciniforme, XLII, 215. — R. B., XLI, 345, 752.
Hippus. *Voy*. Iris.
Histologie. R. B., XLI, 345, 752; XLII 360, 751.
Hôpital. Les hôpitaux du monde, XLI, 543 ; aménagement des — XLII, 123 ; statistique des — allemands, XLII, 124 ; microbes pathogènes dans l'air et la poussière des — XLII, 523. — R. B., XLI, 345, 752 ; XLII, 751.
Hoquet. R. B., XLI, 345.
Houille. Les émulsions d'huile lourde de — XLI, 95.
Humeur aqueuse. — comme milieu de culture, XLI, 480.
Hyaline. De l' — XLII, 59.
Hyaloïde. Vaisseaux et clasmatocytes de l' — XLII, 12.
Hydatide. — du cerveau, XLI, 635 ; — de l'orbite, XLII, 320 ; épanchement de liquide — dans le péritoine, XLII, 171 ; — de la rate, XLII, 684 ; kyste — du bassin, XLI, 281. — R. B., XLI, 345, 752 ; XLII, 360, 750.
Hydrastis. De l' — XLII, 478 ; — dans l'épilepsie, XLII, 255.
Hydrazine. Action des — XLI, 91.
Hydroa. — buccal, XLII, 689. — R. B., XLI, 346 ; XLII, 751.
Hydrocéphalie. Trépanation pour — XLII, 261. — *Voy*. Cerveau.
Hydrogène. Empoisonnement par l' — sulfuré, XLI, 523.
Hydrosadénite. — suppurative, XLII, 219.
Hygiène. Le mouvement et les exercices physiques, XLII, 123 ; — urbaine, XLII, 124 ; des eaux potables, XLII, 521, 522 ; épuration de l'eau, XLI, 544, 545, 547 ; richesse bactéridienne des eaux, XLI, 546, 547 ; viandes tuberculeuses, XLI, 549 ; examen des viandes, XLI, 549 ; vases alimentaires en aluminium, XLI, 551 ; XLII, 520, 522 ; étain dans les conserves, XLI, 551 ; valeur nutritive du lait, XLI, 548 ; composition du fromage, XLI, 550 ; examen des vins, XLI, 548 ; quatités de la bière, XLI, 547 ; examen des beurres. XLII, 520, 521 ; désinfection des habitations, XLI, 553 ; XLII, 524 ; pouvoir désinfectant de la lessive, XLI, 552 ; propagation de la tuberculose par les chemins de fer, XLI, 553 ; écriture et attitude corporelle, XLI, 556 ; — de la chaussure, XLII, 523 ; graissage des urinoirs, XLII, 528 ; coloration artificielle des fleurs, XLII, 527 ; jouets en caoutchouc, XLII, 527 ; arsenic des papiers de tenture, XLI, 554. — R. B., XLI, 346, 753 ; XLII, 360, 751.
Hygroma. R. B., XLI, 751.
Hyoïde. *Voy*. Os.
Hyoscine. Effets de l' — XLII, 104.
Hypertrophie. Hémi — chez une enfant, XLII, 209.
Hypnotisme. Rapports des processus psychiques des sujets en — XLI, 236 ; emploi de l' — chez les aliénés, XLII, 640. — R. B., XLI, 347, 754 ; XLII, 361, 752,
Hystérectomie. De l' — vaginale, XLII, 568, 569 ; — dans les suppurations pelviennes, XLI, 169 ; — pour fibromes utérins, XLI, 175 ; — dans le cancer utérin, XLI, 174 ; indications de l' — en

debors du cancer, XLI, 590; traitement du pédicule dans l' — XLI, 174. *Voy.* Utérus.
Hystérie. L'anesthésie — XLI, 135; l'anesthésie de l'arrière-gorge dans l'— XLII, 541; champ visuel dans l'— XLI, 135; maladie des tics, XLII, 545; urine des — XLI, 450; — des nouveau-nés, XLII, 203; — dans l'enfance, XLII, 212; — mâle, XLII, 541, 543; somnambulisme dans ses rapports avec l' — XLI, 235; — simulant les maladies du cerveau, XLII, 599; diagnostic entre l' — et les maladies du cerveau, XLII, 542; névrite — XLII, 157; amyotrophie — XLII, 542; — simulant la sclérose en plaques, XLII, 158; paralysies et contractures — XLI, 564; paralysie faciale — XLI, 566; XLII, 542; amnésie — XLII, 543; monoplégie brachiale — XLII, 543; paralysie agitante et — XLII, 545; scoliose — XLII, 158. — R. B., XLI, 348, 755; XLII, 360, 753.
Hystéropexie. *Voy.* Utérus.

I

Ichtyol. Emploi de l' — XLI, 542; — dans l'érysipèle, XLI, 543; — dans l'endometrite, XLII, 190; — dans la blennorragie, XLII, 243.
Ichtyose. De l' — XLII, 615; — généralisée avec lésions des muqueuses, XLI, 222. — R. B., XLI, 756; XLII, 361, 753.
Ictère. — grave hypothermique, XLII, 556; — chronique de la cirrhose, XLII, 556; — sans fièvre, XLI, 573; infection sans — XLI, 574; — dans le choléra, XLI, 160, 578. *Voy.* Foie.
Idiotie. Obs. d' — XLI, 248; oblitération des sutures du crâne chez les — XLI, 249. — R. B., XLI, 348; XLII, 361.
Immunité. De l' — XLII, 66, 67, 68, 77, 84, 89, 93, 449, 459, 467 *Voy.* Bactériologie, Vaccin.
Impetigo. — herpétiforme, XLII, 611. — R. B., XLI, 756.
Inanition. Recherches sur deux jeûneurs, XLII, 418; altérations des os par l' — XLII, 419; destruction de l'albumine dans le jeûne, XLII, 430; urine de l'— XLII, 430; lésions du système nerveux par l' — XLI, 442; la mort par — XLI, 258. — R. B., XLI, 756.
Incontinence d'urine. Teinture de rhus dans l' — XLI, 542.
Indican. — chez l'enfant, XLII, 429.
Infection. Humeurs et sécrétions dans l' — expérimentale, XLII, 446; — secondaire dans un cas de rougeole avec fièvre typhoïde, XLII, 560; influence de la sécrétion urinaire sur l'évolution des maladies — XLII, 467; modifications des leucocytes dans l' — XLII, 66; — sans ictère, XLI, 574; l'immunité dans les maladies — XLI, 473; globes hyalins et thrombus dans les vaisseaux cérébraux à la suite des maladies — XLI, 456; — mixtes dans les suppurations aiguës, XLI, 73; des — biliaires, XLI, 149. — R. B., XLI, 348, 756; XLII, 361, 753.
Inflammation. De l' — XLI, 72; XLII, 41. — R. B., XLI, 756; XLI, 361, 754.
Influenza. *Voy.* Grippe.
Inhalation. Des — d'oxygène, XLI, 542.
Injection. — de sérum artificiel dans les diarrhées infantiles, XLII, 504; — de sérum chez les nouveau-nés suspects de tuberculose, XLI, 197; transfusion nerveuse chez les aliénés, XLII, 254; — thyroïdiennes dans le myxœdème, XLII, 255, 258, 259; — pancréatiques, XLII, 497; — de suc testiculaire, XLII, 121, 497; — de néphrine dans l'urémie, XLI, 533; — térébenthinées dans la pneumonie, XLII, 498, 529; des — intrapulmonaires, XLII, 111; — de gaïacol iodoformé dans la tuberculose, XLI, 528; — de chlorure de zinc dans la tuberculose, XLI, 529; — d'huile camphrée dans la phtisie, XLII, 112; embolie après les — créosotées, XLII, 110; — de chlorure de zinc dans la tuberculose génitale, XLII, 284; — créosotées dans les chéloïdes, XLII, 230; — de sublimé sous-conjonctivales, XLII, 320; — intra-spléniques dans le paludisme, XLI, 534; — salines pour hémorragies, XLII, 660; — de solution saline dans l'éclampsie, XLII, 577; — mercurielles dans la syphilis, XLII, 238, 627, 628, 629; embolie suite d' — mercurielles, XLI, 627; XLII, 627. — R. B., XLI, 349, 756; XLII, 361, 754.
Insolation. R. B., XLI, 349; XLII, 754.
Intestin. Replis de la muqueuse de l' — XLI, 411; innervation de l' — XLI, 426; propriétés du suc — XLI, 29, 440; absorption — XLII, 421; absorption d'eau dans le canal — XLI, 30; processus chimiques dans l' — XLII, 31; des bactéries — XLII, 463; processus de putréfaction — XLII, 91; le bactérium coli commune, XLI, 87; un cas de balantidium coli, XLI, 113; goutte — XLII, 120; charbon — XLI, 165; syphilis — XLI, 623; putréfaction et désinfection — dans la fièvre typhoïde, XLI, 44; influence de la désinfection — dans certaines formes d'aliénation, XLII, 635; passage des microbes par l' — étranglé, XLII, 464; prolapsus du diverticulum de Meckel, XLII, 604; des plaies de l' — XLI, 470; chirurgie — XLI, 274; rupture de l' — grêle, entérorraphie, XLI, 647; ablation de parties de l' — tuberculeux, XLI, 274; sarcomes primitifs de l' — grêle, XLI, 653; résection de l' — XLI, 270; XLII, 276; des résections — XLII, 276; résection de l' — dans la hernie grangrenée, XLII, 672, 678; rétrécissement fibreux du colon, XLII, 673; résection — pour cancer, XLII, 677, 679, 682; iléo-colostomie, XLII, 679; procédé de colostomie, XLI, 280.—R. B., XLI, 349, 756; XLII, 362, 754.
Inuline. Fermentation de l' — XLII, 424.

Iode. Action de l' — sur la bactéridie charbonneuse et sur les leucocytes, XLII, 89 ; œdème laryngé — XLII, 714 ; dermatite — XLII, 234.
Iodoforme. Eruption — XLII, 233 ; — et iodoformisme, XLII, 492.
Iodure. Absorption des — en lavements, XLI, 123.
Iris. Histologie de l' — XLII, 405 ; muscles de l' — XLII, 406 ; filets nerveux constricteurs de la pupille, XLI, 17 ; des mouvements de la pupille, XLI, 443, 444 ; dilatation de la pupille, XLI, 18 ; de l'hippus, XLII, 318. — R. B., XLI, 350, 757 ; XLII, 363, 755.
Iritis. — plastique, XLII, 314 ; créosote dans l' — tuberculeuse, XLII, 697.

J

Jaborandi. Action de la pilocarpine, XLI, 514 ; emploi de la pilocarpine dans le croup, XLI, 117, 530.
Joue. Adénites de la — XLI, 668.

K

Kariokynèse. Des processus — XLI, 473. — *Voy.* Cellule.
Katatonie. De la — XLII, 251.
Kératite. — à filaments, XLI, 690, 691 ; — dentritique, XLI, 690 ; XLII, 312 ; — en bandelettes, XLI, 691 ; — infectieuse, XLII, 312.
Kératose. — folliculaire, XLII, 223 ; para — XLII, 224 ; — pilaire, XLI, 226 ; — syphilitique, XLI, 231.
Kola. Action de la noix de — XLII, 477.
Kyste. — dermoïde de l'inion, XLII, 261 ; — du maxillaire, XLII, 267 ; — fœtal adhérent à la région cervicale, XLII, 605 ; — des paupières, XLII, 309 ; — de l'orbite, XLII, 310 ; — de la conjonctive, XLII, 310 ; — du pancréas, XLII, 634 ; — du mésentère, XLI, 282, 283 ; XLII, 272 ; rupture des — abdominaux, XLI, 587 ; — sacrococcygiens, XLII, 302 ; — du vagin, XLI, 179. — R. B. ; XLI, 350, 758 ; XLII, 363, 755.

L

Lacrymale. Affections — des nouveau-nés, XLI, 688 ; sténose — chez les nouveau-nés, XLII, 309 ; traitement du mucocèle et de la dacryocystite, XLII, 309 ; traitement de la dacryocystite, XLI, 589 ; ablation des glandes — XLI, 689. — R. B., XLI, 350, 758 ; XLII, 363, 756.
Lactique (acide). Valeur séméiologique de l' — dans le cancer de l'estomac, XLI, 149 ; — contre le cancer de l'amygdale, XLII, 707 ; emploi de l' — en crayons, XLI, 542 ; — de zinc dans la cécité, XLII, 315.
Lait. Etude sur le — XLI, 508 ; — de la lacto-globuline, XLI, 43, 438 ; caséification du — XLII, 424 ; analyse du — XLI, 452 ; XLII, 133 ; rapports du — avec HCl, XLI, 453 ; détermination de la matière grasse du — — XLII, 38 ; valeur nutritive du — XLI, 548 ; stérilisation du — XLII, 134, 135 ; — stérilisé pour le nouveau-né, XLII, 495 ; ébullition du — XLII, 519 ; — altéré, XLII, 519 ; altérations du — concentré, XLII, 132 ; microbes du — chez les accouchées, XLI, 590. — R. B., XLI, 351, 756 ; XLII, 363, 756.
Laminectomie. *Voy.* Rachis.
Langue. Inflammations de l'amygdale — XLII, 322 ; — noire, XLII, 614 ; trichinose de la — XLI, 226 ; papillome — XLII, 321 ; angiome de la — XLI, 267 ; macroglossie par angiome, XLII, 604 ; sarcome de la — XLI, 267 ; chirurgie de la — XLI, 669. — R. B., XLI, 351, 758 ; XLII, 363, 756.
Laparotomie. Statistique de — XLI, 180 ; XLII, 565 ; compresse oubliée dans le ventre dans une — XLI, 273 ; — pour péritonite tuberculeuse, XLI, 281 ; résultats éloignés de la — dans la péritonite tuberculeuse, XLII, 271. — R. B. XLI, 351, 769 ; XLII, 364, 756 ;
Laryngectomie. *Voy.* Larynx.
Larynx. Centres moteurs du — XLII, 412 ; muscles du — XLII, 412 ; innervation du crico-thyroïdien, XLI, 427 ; XLII, 412 ; contracture du muscle aryaryténoïdien, XLI, 310 ; névropathies — XLII, 328 ; vertige — XLI, 717 ; innervation et paralysies du — XLI, 715, 716 ; paralysie — XLI, 308, 310 ; arthrites crico-aryténoïdiennes, XLI, 309 ; érysipèle primitif du — XLI, 309 ; œdème — iodique, XLII, 714 ; tuberculose de la paroi postérieure du — XLI, 712 ; tuberculose — se terminant par un épithélioma, XLI 713 ; pachydermie — XLI, 712 ; lèpre — XLI, 713 ; hypertrophie de l'épiglotte, XLI, 712 ; accidents — typhiques, XLI, 714 ; abcès du — XLII, 329 ; syphilis — XLI, 303 ; antipyrine dans les affections du — XLI, 304 ; tubage du — XLI, 720 ; XLII, 330, 715 ; des plaies du — XLI, 257 ; — plaies du — traitement, XLII, 714 ; sangsues dans le — XLII, 329 ; corps étrangers du — XLI, 719 ; — nodules des chanteurs, XLI, 714 ; papillomes — XLI, 717 ; adénome — XLI, 718 ; cancer — XLII, 714 ; laryngectomie pour une tumeur bénigne, XLII, 715 ; laryngectomie pour cancer — XLII, 714 ; extirpation du — XLI, 721 ; XLII, 330 ; mort par le cœur après l'ablation du — XLI, 721.

— R. B. XLI, 351, 759 ; XLII, 364, 756.
Laurier. — rose dans les maladies du cœur, XLII, 109.
Lèpre. Cultures du bacille — XLI, 214, 215, 216, 217, 218; études sur la — XLI, 217; — et simili — XLII, 228; la — en Portugal, en Bosnie et en Europe, XLI, 214; — à Kashmir, XLI; 216; les — de Bretagne, XLI, 213, les cagots des Pyrénées, XLI, 213; lèpre en France, XLII, 616; taches hyperémiées dans la — XLII, 616; — sclérodermique, XLII. 616; formes frustres de la — XLI, 213; anatomie pathologique, XLI, 216; réaction des cellules, des nodules—XLI, 615 ;—systématisée nerveuse, XLI, 614 ;—du larynx, XLI, 713; — chez l'enfant, XLII, 599; orchite — XLII, 227; traitement de la — XLI, 218; traitement par le chlorate de potasse, XLI, 218; — traitée par l'huile de Chaulmoogra, XLI, 218; la tuberculine dans la — XLI, 615; europhène contre la — XLII, 617. — R. B., XLI, 353, 760; XLII, 363, 758.
Leucémie. Etiologie de la — XLI, 507; étiologie de la — et de la pseudo — XLI, 85; ablation de la rate dans la — et la pseudo — XLII, 277. — R. B., XLI, 353, 761; XLII, 365, 758.
Leucocyte. *Voy.* Sang.
Leucocythémie. — suraiguë, XLI, 581; de la — XLII, 56.
Leucomélanodermie. — syphilitique, XLII, 626.
Lèvre. Epithélioma de la — chez un garçon de 15 ans, XLI, 209. — R. B., XLI, 353, 761; XLII, 758.
Lichen. Classification des — XLI, 222; — scrofulosorum, XLI, 222, 616; — plan, XLI, 616; — à exacerbations estivales, XLI, 616. — R. B., XLI, 761; XLII, 365, 758.
Lipome. — sous-pleuraux, XLII, 300; hernie dans un fibro — de la fesse, XLI, 284; — rétro-péritonéaux, XLI, 283. — R. B., XLI, 353, 761; XLII, 365, 759.
Locomotion. Troubles — dans les maladies nerveuses, XLI, 562; claudication intermittente, XLI, 563; l'astasie-abasie, XLII, 148. — R. B., XLI, 353, 761; XLII, 366, 759.
Losophane. Du — XLII, 104.
Lumière. Influence de la — sur les bactéries, XLI, 476; XLII, 447.
Lupus. Etiologie du — XLII, 160; du — XLI, 610; — scléreux, XLII, 226; — pernio, XLI, 218; — érythémateux, XLII, 613. — R. B., XLI, 354, 761; XLII, 366, 759.
Luxation. — de la 5e vertèbre cervicale, XLII, 688; — de l'épaule chez un enfant, XLI, 209; traitement de la — congénitale de la hanche, XLI, 677; XLII, 293, 294; traitement des — irréductibles du fémur, XLII, 689; — du tibia et de la clavicule, XLII, 294; réduction sanglante des — de l'astragale, XLI, 675; — du gros orteil et du pouce, XLI, 296; — irréductibles du gros orteil, XLII, 295. — R. B., XLI, 354, 761; XLII, 366, 759.
Lymphangite. — syphilitique, XLII, 625; — proliférante de la plèvre, XLI, 458.
Lymphatique. — de l'anus, XLII, 407; traitement des ganglions du cou, XLII, 217. — R. B., XLI, 354, 762; XLII, 386, 759.
Lymphémie. De la — XLII, 168.
Lymphome. Ablation des — du cou, XLII, 297.
Lysol. Action du — XLI, 517; XLII, 485.

M

Main. Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire, XLII, 296; — fourchue, XLII, 443; chancres de la — et des doigts, XLII, 235. — R. B., XLI, 354, 762; XLII, 367, 760.
Mal de mer. Du — XLII, 304, 410. — R. B., XLI, 355, 762; XLII, 367, 760.
Maladie. Classification des — nerveuses, XLI, 126. — R. B., XLI, 355, 762; XLII, 367, 760.
Maladies professionnelles. Paralysie des tourneurs sur métaux, XLI, 555; sécrétage des poils, XLI, 555; innocuité de la fuchsine, XLI, 555; coryza des imprimeurs, XLII, 711; élévation de la température du corps chez les chauffeurs de marine, XLII, 140; maladies dans l'industrie des explosifs, LXII, 141; phtisie des faïenciers, XLII, 138; paralysie des porteurs de pierre, XLII, 139; épidémie charbonneuse chez les brossiers, XLII, 517; ophtalmie des éplucheurs de houblon, XLII, 526; inhalation des poussières, XLI, 556; papillome des raffineurs, XLI, 228. — R. B., XLI, 355, 762; XLII, 367, 760.
Malformation. — R. B., XLI, 355, 762; XLII, 760.
Malléine. *Voy.* Morve.
Mamelle. Anatomie de la — XLI, 8; adénome — XLII, 300; maladie kystique — XLI, 685; mammite chronique, XLI, 685; des abcès intra-glandulaires, XLI, 670; statistique de cancers — XLI, 669; mammite des vaches laitières, XLI, 507; cancer de la — XLII, 48; lésions de la moelle des os dans le cancer de la — XLI, 66. — R. B., XLII, 367, 760.
Massage. — vibratoire dans les maladies de la gorge et du nez, XLI, 709, 710; — dans les maladies de l'estomac, XLII, 501. — R. B., XLI, 355, 763; XLII, 367, 761.
Maxillaire. Osselets dans la symphise du — XLII, 18; éclairage des abcès du sinus — XLI, 308; abcès du sinus — XLI, 707; traitement des abcès du sinus — XLI, 308; tumeurs du — et du sinus — XLII, 326; tumeurs du sinus — XLI, 707; épithéliome du

sinus — XLI, 707; kyste du — XLII, 267. — R. B., XLI, 356, 763; XLII, 367, 761.
Médecine. Traité de — XLI, 124; XLII, 529, 530.
Médecine (histoire). — R. B., XLI, 356, 763; XLII, 368, 761.
Médecine légale. Etude — des plaies du larynx, XLI, 257; coagulation du sang dans les cavités naturelles à la suite de blessures, XLI, 259; lésions du cerveau après les traumatismes craniens, XLII, 648; troubles psychiques après les tentatives de suicide, XLII, 646; suicides par coup de feu, XLII, 646; amnésies qui suivent le rappel à la vie des pendus, XLII, 645; érection chez les pendus, XLII, 645; sang dans l'asphyxie, XLII, 644; obs. d'infanticide, XLII, 647; avortements criminels, XLII, 648; faux épanchements de lymphe, XLII, 653; microbes de la putréfaction, XLII, 651; de la putréfaction, XLI, 256; modifications cadavériques des granules d'Altmann, XLI, 256; effets des caustiques sur l'estomac pendant la vie et après la mort, XLII, 650; mort par submersion, XLI, 259; la mort par inanition, XLI, 258; grégarines pulmonaires chez un nouveau-né, XLI, 258; anthropométrie au moyen des vêtements, XLI, 252; recherche du sang, XLI, 253; signes de la décoloration artificielle des poils, XLI, 255. — R. B., XLI, 356, 764; XLII, 368, 761.
Médecine militaire. Des plaies par le fusil Mannlicher, XLI, 634; la balle est-elle stérilisée par l'échauffement dans le canon, XLI, 634; recrutement dans la Suisse italienne, XLII, 516. — R. B., XLI, 357, 764; XLII, 368, 762.
Médecine opératoire. — R. B., XLI, 357; XLII, 762.
Mélancolie. — avec délire des négations, XLII, 249; des hallucinations verbales dans la — XLI, 238.
Mélanodermie. — localisée, XLI, 615.
Mélanose. — R. B., XLI, 357, 765; XLII, 368.
Membre. Traitement des écrasements des — XLII, 298.
Mémoire. Troubles de la — XLII, 246.
Méninge. Lacunes veineuses de la dure-mère, XLI, 2; granulations de Pacchioni, XLI, 2; cylindrome de la dure-mère, XLI, 58; traitement des tumeurs de la dure-mère, XLII, 656; trépanation pour hémorragie de la — moyenne, XLI, 261. — R. B., XLI, 357, 765; XLII, 368, 762.
Méningite. — cérébro-spinale, XLI, 129; — cérébro-spinale chez l'enfant, XLII, 205; des — et pachy — XLI, 61; pachy — hémorragique, XLII, 438; trépanation dans la — XLII, 593.
Menstruation. Influence du purpura sur la — XLI, 181; — et troubles mentaux, XLII, 635, 636. — R. B., XLI, 357, 765; XLII, 368, 763.
Menthol. — comme antiémétique, XLII, 508; — dans les maladies prurigineuses de la peau, XLI, 223.
Mercure. De calomel comme diurétique, XLII, 115; sublimé dans la fièvre typhoïde, XLII, 116; pulvérisations de sublimé dans l'érysipèle, XLI, 539; — végétal, XLII, 479; éruption — XLII, 232; dermatite — XLII, 620; injections sous-conjonctivales de sublimé, XLI, 704; XLII, 320; lésions dans les empoisonnements par le sublimé, XLI, 100; XLII, 492; de la gastro-entérite — XLI, 99; traitement de la syphilis par les injections — XLI, 232; XLII, 238, 627; embolie suite d'injections — XLI, 627; XLII, 627; savon au calomel, XLII, 629; flanelles — XLII, 238.
Mérycisme. Obs. de — XLI, 148; XLII, 30. — R. B., XLI, 368; XLII, 369.
Mésentère. *Voy.* Péritoine.
Méthylène. Bleu de — dans le paludisme, XLI, 533; XLII, 505, 506; bleu de — dans la diphtérie, XLII, 505.
Métrite. Endo — puerpérale cathétérisme de la trompe, XLI, 586; para — purulentes par le proteus et le streptocoque, XLI, 587; ichtyol dans l'endo — XLII, 190. *Voy.* Utérus.
Microcéphalie. Craniectomie pour — XLII, 206, 207, 261, 597.
Microcidine. De la — XLII, 484.
Mitral. *Voy.* Cœur.
Moelle. Trajet des fibres centripètes de la — XLI, 1; des racines — XLI, 403, 404; fonctions vasomotrices des racines postérieures, XLI, 417; de la compression de la — XLII, 437; lésion unilatérale impliquant le trijumeau, XLII, 536; dégénérescence du cordon pyramidal, XLII, 438; dégénérescence ascendante de la — XLI, 2; atrophie des cornes antérieures, XLII, 51; altération de la — dans les abaissements brusques de pression, XLII, 51; sclérose en plaques chez l'enfant, XLII, 209; hématomyélie, XLI, 560; de la paralysie générale — diffuse, XLI, 133; paralysie — récidivante de l'enfance, XLII, 595; maladie de Friedreich, XLII, 537, 595; l'ataxie héréditaire, XLI, 134; tabes syphilitique, XLII, 236; mouvements involontaires chez les tabétiques, XLII, 149; lésions des ganglions spinaux dans le tabes, XLII, 53; la résorption des arcades alvéolaires et de la voûte palatine dans l'ataxie, XLI, 135; ataxie et maladie de Basedow, XLII, 538; vertige des ataxiques, XLII, 538; traitement de l'ataxie, XLII, 122; cérébrine contre l'ataxie, XLII, 122; syringomyélie, XLII, 536; modification de la — chez les amputés, XLI, 57; syphilis — XLII, 621, 622, 623; la syphilis et le tabes, XLI, 230; suite de la section de la — XLI, 456; hémilésion — XLII, 149; lésions du cône terminal et de la queue de cheval, XLII, 149; plaies par coup de feu de la — XLI, 262. — R. B., XLI, 358, 765; XLII, 369, 763.
Moelle des os. Lésions de la — dans le cancer du sein, XLI, 66.
Môle. — R. B., XLI, 358; XLII, 369.
Molluscum. Du — XLI, 617; XLII, 613; — de la vulve, XLI, 179; du — conta-

giosum, XLI, 226. — R. B., XLI, 358; XLII, 369, 763.
Monstruosités. Traité de — XLI, 453. — R. B., XLI, 358, 766; XLII, 370, 763.
Morphée. Obs. de — XLII, 225. — R. B., XLI, 359, 766; XLII, 370.
Morphine. — Action de la — chez les bovins, XLII, 476; altérations de la — par les moisissures, XLII, 477; administration de la — par le rectum, XLII, 121.
Morphinomanie. De la — XLII, 105, 490, 491.
Mort. — subite chez les accouchées, XLI, 182; — dans la scarlatine, XLI, 206. — R. B., XLI, 359; XLII, 370, 763.
Mortalité. — dans les villes, XLII, 513, 514; — par tuberculose, XLII, 515. — R. B., XLI, 766; XLII, 764.
Morve. Du bacille de la — XLI, 83; effets de quelques substances sur le bacille de la — XLII, 90; action du sérum du sang dans la — XLI, 83; inoculation de la — dans les centres nerveux, XLI, 83; de la — pulmonaire, XLII, 441; l'action de la malléine dans la — XLI, 120. — R, B., XLI, 359, 766; XLII, 370, 764.
Mouvement. Impulsions volontaires symétriques, XLII, 423.
Muguet. — R. B., XLII, 370.
Muqueuse. Histologie du tissu — XLI, 5.
Mururé. L'ecorce du — XLII, 479.
Muscle. Plaques motrices, XLI, 4; terminaisons nerveuses dans les — XLI, 4; XLII, 402; régénération du tissu — XLI, 457; — du larynx, XLII, 412; son — XLI, 22; du sens — XLI, 19; sens de l'effort, — XLII, 24; énergie et vitesse des mouvements volontaires, XLI, 20; énergie — et production de chaleur, XLI, 21; état des fibres pendant la contraction — XLII, 7; des contractions — XLI, 20, 434; phénomènes d'inhibition — XLI, 434, 435; tétanos de Ritter, XLII, 421; contracture du — XLII, 421; durée du travail de production des mouvements involontaires coordonnés, XLI, 435; effets de la fatigue sur le — XLI, 21; modifications de l'alcalinité du sang par le travail, XLI, 434; action de l'oxalate de potasse sur le — XLI, 19; de l'entraînement — XLI, 19; l'excitabilité électrique des — dans la maladie de Thomsen, XLI, 168; chimie du — XLII, 425; sucre des — XLII, 424; développement et atrophie des — striés, XLI, 58, 59; atrophie — dans l'hémiplégie cérébrale, XLII, 538, 539; relations de l'atrophie — avec la paralysie infantile, XLII, 540; de l'atrophie — XLII, 59; amyotrophies spinales réflexes, XLII, 150; amyotrophie syphilitique, XLII, 624; scoliose dans une atrophie — XLII, 540; crampes — avec hypertrophie, XLII, 540. — R. B., XLI, 359, 766; XLII, 370, 764.
Mycose. De la pharyngo — XLI, 302; XLII, 707; — de l'oreille, XLI, 718; — pulmonaire, XLII, 161; des erythrodermies du — fongoïde, XLI, 223; du — XLI, 224. — R. B., XLI, 360, 767; XLII, 370, 765.
Myélite. Des polyo — XLI, 560, 561; polyo — aiguë infectieuse, XLII, 475; — aiguë diffuse, XLII, 476; — chez l'enfant, XLI, 198; — blennorragique, XLI, 629. *Voy.* Moelle.
Myocarde. *Voy.* Cœur.
Myome. *Voy.* Fibrome, Utérus.
Myopie. — dans les écoles, XLII, 691. — R B., XLI, 360, 767; XLII, 370, 765.
Myosite. — ossifiante progressive, XLI, 209; XLII, 439. *Voy.* Muscle.
Myxome. — du cœur, XLII, 433.
Myxœdème. Obs. de — XLII, 255; — d'origine syphilitique, XLI, 623; — traité par les greffes thyroïdiennes, XLI, 249, 250; traitement du — par les injections et l'alimentation thyroïdiennes, XLII, 256, 258, 259, 642, 643; thyroïdo-éréthisme contre le — XLII, 642. — R. B., XLI, 360, 768; XLII, 370, 765.

N

Nævus. Des — XLI, 618; — de la paupière, XLII, 308; tumeurs malignes développées sur les — XLII, 614. — R.B., XLI, 360; XLII, 371, 765
Nécrotomie. — ostéoplastique, XLII, 290.
Néphrectomie. Obs. de — XLI, 665; — pour tumeurs, XLII, 281; — chez l'enfant, XLII, 607.
Néphrotomie. Obs. de — XLI, 663.
Néphrine. *Voy.* Rein.
Néphrite. Etiologie de la — aiguë, XLI, 62; bactériologie de la pyélo — XLI, 74; pathogénie et traitement des — XLI, 532; élimination de l'azote dans les — XLII, 33; étude des dépôts urinaires dans les — XLII, 427; — aiguë par diplocoque, XLII, 172; — par le coli bacille, XLI, 577, — interstitielle dérivant des — aiguës, XLII, 172; — hémorragique, XLI, 161; — syphilitique précoce, XLII, 238; — ourlienne, XLII, 564; — cholérique, XLI, 578; traitement des — XLI, 113, 114. — *Voy.* Rein.
Néphrorraphie. Suites de la — XLII, 685.
Nerf. Continuation de la névroglie dans le squelette myélinique des fibres — XLII, 401; croisement des — optiques, XLI, 403; origine du — oculo-moteur commun, XLI, 403; noyau du — vague, XLII, 3; fibres sensitives des — viscéraux, XLI, 17; origines et centres trophiques des — vasodilatateurs, XLI, 4; — des vaisseaux, XLI, 402; terminaisons — dans les muscles, XLII, 402; — du goût, XLII, 4, 5; — des glandes salivaires, XLI, 407; — constricteurs de la pupille, XLI, 17; — du péricarde, XLII, 402; — du larynx, XLI, 715, 716; XLII, 412; — du muscle crico-thyroïdien, XLI, 427; terminaison du — auditif, XLII, 6; — de l'estomac,

XLI, 28; — de l'estomac et de l'intestin, XLI, 426; terminaison des — dans l'estomac, l'intestin et le pancréas, XLII, 5; — de la rate, XLII, 402; corpuscules de Pacini dans le — tibial, XLII, 7; récurrence — XLII, 28; effets du trijumeau sur la pupille, XLI, 444; rapidité de transmission de l'excitation dans les — XLI, 17; température et excitabilité — XLI, 15, 16; excitation — XLI, 417, 418; excitation des — par les solutions salines, XLI, 16; réaction galvanique des — sensoriels, XLII, 409; des dégénérescences des — XLI, 57; dégénerescence et régénération des — XLII, 51; état du noyau dans la dégénérescence — XLII, 52; lésions rétiniennes par section du — optique, XLI, 18; lésions — consécutives aux fractures du membre supérieur, XLII, 292; lésions des — dans le tétanos, XLII, 53; paralysie des — crâniens, XLII, 143; tumeurs du — optique, XLI, 700; atrophie du — optique, XLI, 701; chirurgie des — XLI, 683; résection intracrânienne du trijumeau, XLI, 682; résection du — maxillaire pour névralgie, XLI, 263; résection du — maxillaire inférieur, XLII, 263; résection du — maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel, XLII, 263; section du trijumeau et ablation du ganglion de Gasser, XLII, 264; résection — pour torticolis, XLI, 299; résection du — obturateur, XLI, 678; greffe — XLII, 657. — R. B., XLI, 360, 768; XLII, 371, 765.

Nerveux (syst.). Structure des cellules — XLII, 3; ganglions intervertébraux, XLI, 402; effets de l'extirpation du plexus cœliaque, XLII, 64; influence du — sur la respiration, XLI, 423; excitabilité des centres — dans les premiers jours de la vie, XLI, 14; inoculation du farcin dans les centres — XLII, 90; état du — chez les amputés, XLII, 53; lésions du — par l'inanition, XLI, 442; lésions du — dans le saturnisme, XLI, 526; lésions du — central dans le choléra, XLII, 442; troubles moteurs irritatifs ou paralytiques, XLII, 156; troubles de la marche dans les maladies — XLI, 562; du choc — XLI, 418; transfusion — chez les aliénés, XLII, 254. — R. B., XLI, 361, 769, XLII, 372, 766.

Neurasthénie. — locales, XLII, 156, 541; de la — XLII, 156.

Névralgie. Résection nerveuses dans les — XLII, 263, 264; résection du nerf maxillaire pour — XLI, 263; — épileptique de la face, XLI, 138; intervention dans les grandes — pelviennes, XLI, 585.

Névrite. Des — optiques, XLII, 317, 701, 702, 703; — interstitielle hypertrophique, XLII, 596; — périphérique, XLII, 597; — alcoolique, XLII, 633; — arsenicale, XLII, 494; — hystérique, XLII, 157.

Névrome. Du — plexiforme, XLII, 54.

Névropathie. — laryngées, XLII, 328.

Névrose. — grippales, XLI, 236; tension des muscles de l'œil et — XLI, 688. — R. B., XLI, 362, 769; XLII, 372, 766.

Nez. Anatomie des fosses — XLI, 411; organe de Jacobson, XLI, 412, 413; pouvoir d'absorption de la muqueuse — XLI, 305; hydrorrée — XLII, 710; névroses réflexes — XLII, 710, 711; coryza professionnel, XLII, 711; dégénération des cellules glandulaires de la muqueuse — XLI, 708; maladies du sinus frontal, XLII, 327; empyème du sinus frontal, XLI, 711; lésions des sinus sphénoïdaux, XLII, 326; ethmoïdite suppurée, XLII, 327; massage vibratoire dans les maladies du — XLI, 709, 710; goître exophtalmique et lésion — XLI, 709; tuberculose — XLII, 709, 712; syphilis — XLII, 325, 711; cause d'épistaxis, XLI, 709; des déviations de la cloison — et de leur traitement, XLI, 305, 306, 307; perforations de la cloison — XLI, 305; calculs du — XLII, 713; tumeurs du — XLII, 325; tumeurs des sinus, XLII, 325; kyste des cornets, XLI, 708; tumeurs malignes de la cloison — XLII, 712; rhinosclérome, XLII, 713. — R. B., XLI, 362, 769; XVII, 372, 767.

Nicotine. *Voy.* Tabac.

Noma. Etiologie du — XLI, 86.

Nourrice. Sucre dans l'urine des — XLII, 428.

Nouveau-né. Caractères sexuels du bassin du — XLII, 404; hystérie des — XLII, 203; asphyxie chez les — XLI, 195; urine des — XLI, 449; ferments digestifs chez les — XLI, 450; ophtalmie des — XLII, 319; conjonctivite blennorragique des — XLI, 692, 693; sténose lacrymale des — XLII, 309; affections ombilicales des — XLI, 195; lait stérilisé pour les — XLII, 496; injections de sérum chez les — suspects de tuberculose, XLI, 197; inhalations d'oxygène chez les — XLI, 542.

Nutrition. Echanges — chez un enfant, XLII, 416; échanges — dans les climats tropicaux, XLII, 416, 417; échanges — dans le diabète, XLII, 431. — R. B., XLI, 363, 771.

Nystagmus. Forme de — XLII, 215; — des houilleurs, XLI, 693; XLII, 307. — R. B., XLI, 363; XLII, 768.

O

Obésité. — douloureuse, XLI, 167. — R. B., XLI, 364, 771; XLII, 374, 768.

Occlusion intestinale. — par calcul biliaire, XLI, 278, 279; symptômes de l' — XLII, 272; mycosis de l' — XLII, 718; — du gros intestin, typhlotomie, XLII, 676; traitement de l' — XLI, 279, 280; XLII, 272, 273. — R. B., XLI, 364, 771; XLII, 374, 768.

Ochronose. De l' — XLII, 48.

Œdème. — chronique ortié, XLII, 224; — névropathique, XLI, 614. — R. B., XLI, 364, 771; XLII, 374, 769.

Œil. Forme de l' — humain, XLII, 13 ; origine du nerf — moteur commun, XLI, 403 ; croisement des nerfs optiques, XLI, 403 ; champ cortical de l'— dans ses rapports avec les centres optiques, XLI, 126, 127 ; cécité psychique et hémianopsie, XLI, 127 ; résorption dans la chambre antérieure, XLII, 319, 422 ; influence des muscles de l'— sur l'expression du visage, XLI, 687 ; influence des rayons ultra-violets sur l' — XLI, 686 ; images catoptriques de l' — XLI, 687 ; influence de l'orbiculaire des paupières sur la réfraction de l' — XLII, 305 ; tension des muscles de l' — et névroses, XLI, 688 ; procédés pour reconnaître la cécité ou la faiblesse visuelle, XLI, 687 ; des verres toriques, XLI, 688 ; asepsie dans les opérations — XLII, 705 ; amblyopie transitoire, XLI, 561 ; amblyopie toxique; XLI, 699 ; vertige — XLII, 304 ; torticolis et paralysie—XLII, 317 ; névrite rétrobulbaire, XLI, 699; lésions — après les hémorragies, XLI, 701; paralysies — syphilitiques, XLII, 236; atrophie de l' — suite de syphilis, XLII, 702 ; lésions — dans la syphilis cérébrale, XLII, 704; tuberculose de l' — XLI, 701; dégénérescence sénile dans la tache jaune, XLI, 697 ; lactate de zinc dans un cas de cécité rapide, XLII, 315 ; injections de sublimé dans les affections — XLI, 704; traitement des plaies infectantes de l' — XLI, 690; cysticerques de l' — XLI, 702; XLII, 319, 320 ; corps étrangers de l' — XLI, 704; XLII, 315, 704. — R. B., XLI, 364, 772 ; XLII, 374, 769.

Œsophage. Troubles dus à l'irritation du pneumogastrique suite de plaie — XLII, 667 ; tuberculose de l' — XLII, 437 ; électrolyse pour les rétrécissements de l' — XLI, 647 ; gastrostomie pour rétrécissements de l' — XLII, 662 ; dilatation rétrograde des rétrécissements — XLII, 667. — R. B., XLI, 366, 773 ; XLII, 375, 770.

Œuf. Respiration des — XLI, 445 ; influence de la lumière sur l' — XLI, 445 ; corps vitellin de Balbiani dans l' — des vertébrés XLII, 11. — R. B., XLII, 770.

Olfaction. R. B. XLI, 366, 773 ; XLII, 770.

Ombilic. Affections — des nouveau-nés, XLI, 195.

Onomatomanie. De l' — XLII, 250.

Ophtalmie. — des nouveau-nés, XLII, 319 ; traitement de l' — blennorragique, XLI, 691 ; de l' — sympathique, XLI, 698, 699 ; XLII, 318, 703 ; — des éplucheurs de houblon, XLII, 526. — *Voy.* Œil.

Ophtalmologie. Traité d' — XLII, 303 ; bulletin des Quinze-Vingts, XLII, 689; emploi de mélanges en — XLII, 321.

Ophtalmoplégie. Obs. d' — XLI, 129; XLII, 535 ; — bilatérale, XLII, 694 ; — infantite XLII, 318.

Opium. Effets de la fumée d' — XLI, 523 ; paralysie des fumeurs d' — XLII, 490 ; dermatite par l' — XLII, 232.

Optique. Lésions rétiniennes par section du nerf — XLI, 18 ; tumeurs du nerf XLI, 700 ; atrophie du nerf — XLI, 701 ; XLII, 701, 702, 703 ; des atrophies et névrites — XLII, 317. — *Voy.* œil.

Orbite. Phlegmon — XLII, 694 ; tumeurs de l' — XLII, 325 ; kyste de l' — XLII, 310 ; kystes hydatiques de l' — XLII, 320. — R. B., XLI, 366, 773; XLII, 376, 770.

Orchite.— lépreuse XLII, 227 ; pathogénie de l' — blennorragique et des — infectieuses, XLII, 242. — *Voy.* testicule.

Oreille. Organes centraux de l' — XLII, 423 ; localisation du centre auditif, XLI, 127 ; terminaison du nerf auditif, XLII, 6 ; équilibre et otolithes, XLI, 33 ; rôle de la membrane basilaire dans l'audition, XLI, 33 ; syndrome de Ménière chez les enfants, XLII, 331 ; — des criminels, XLI, 253 ; brightisme — XLI, 722 ; traumatisme dans l'étiologie des lésions de l' — XLI 722 ; périchondrite séreuse du pavillon — XLI, 723 ; douches d'air dans l' — XLI, 722 ; perforations de la membrane de Shrapnell, XLII, 717 ; suppurations — d'origine blennorragique, XLII, 716, septicémie suite d' — suppurée, XLI, 723 ; abcès du cerveau et phlébite suite de lésions — XLII, 717 ; traitement de — suppurée, XLII, 718 ; de l'extirpation de l'étrier, XLII, 719. — R. B., XLI, 366, 773 ; XLII, 376, 770.

Oreillons. Contagiosité des — XLII, 213, 214 ; albuminurie dans les — XLII, 214 ; néphrite des — XLII, 564. — R. B., XLII, 377, 772.

Orthopédie. Traité de chirurgie — XLI, 289. — R. B., XLII, 377.

Os. Formule de l'ossification des phalanges, métacarpiens, côtes, XLI, 13 ; réparation des pertes de substance intra — par des corps aseptiques, XLII, 287 ; suture de la rotule, XLI, 678, 679 ; altérations des — par l'inanition, XLII, 419 ; affections des — dans le goitre exophtalmique, XLII, 563 ; développement des tumeurs — XLII, 442 ; tumeurs de l'— hyoïde, XLI, 668 ; ostéosarcome du fémur, XLII, 286 ; nécrotomie ostéoplastique, XLII, 290. — R. B., XLI, 368, 775 ; XLII, 377, 772.

Ostéite. — déformante, XLI, 166 ; — pathie hypertrophiante pneumique, XLI, 166 ; traitement de l' — tuberculeuse, XLI, 672. — *Voy.* Os.

Ostéomalacie. Traitement l' — XLII, 120 ; castration contre l' — XLI, 588 ; XLII, 571.

Ostéomyélyte. Formes atténuées d' — XLI, 290 ; — varioleuse, XLII, 60 ; amputation pour — XLI, 673.

Ostéotomie. — des os longs, XLI, 673.

Otite. *Voy.* Oreille.

Ovaire. Prolapsus de l'utérus et du vagin dans les kystes de l' — XLII, 193 ; coexistence des kystes — et des fibromes utérins, XLII, 193 ; tumeurs végétantes des — XLI, 176 ; tumeurs — simulant des fibromes, XLI, 175 ; rupture des kystes — XLI, 587 ; ré-

section partielle de l' — XLII, 568. — R. B., XLI, 369, 775; XLII, 378, 773.
Ovariotomie. — pendant la grossesse, XLI, 588, 590.
Ovarite. De l' — XLII, 192.
Ouraque. — dilaté et fistuleux, XLII, 218.
Oxalique (acide). Production du rein contracté par l' — XLI, 69.
Oxalurie. — alimentaire, XLII, 34.
Oxydation. Processus d' — dans les tissus, XLI, 446; — provoquées par le sang, XLII, 416.
Oxygène. Effets de l'eau — XLI, 523; inhalation d' — chez les nouveau-nés, XLI, 542; eau — dans la diphtérie, XLI, 530.
Ozone, Action de l' — sur les bactéries, XLII, 488; solutions d' — contre la diphtérie, XLI, 117; — dans la tuberculose, XLII, 499; empoisonnement par l' — XLI, 524.

P

Pachyméningite. *Voy.* Méninge, Méningite.
Pain. Addition de chlorure d'étain au — d'épices, XLII, 137; — de famine en Russie, XLII, 517.
Palais. Perforation des piliers, XLI, 302; urano-staphylloraphie XLII, 710; bosse sanguine du voile — XLII, 323; tumeur du voile — XLII, 709; tumeur de la voûte — XLII, 709. — R. B., XLI, 378, 776; XLII, 368, 774.
Paludisme. Le parasite du — XLI, 86, 501; XLII, 469, 470; passage de la mère au fœtus des plasmodies — XLI, 485; du — XLI, 580; de l'accès de fièvre — XLI, 502; les fièvres dans les Indes hollandaises, XLII, 565; lésions des capillaires et du foie dans les fièvres pernicieuses, XLII, 440; lésions viscérales dans le — XLII, 440; — réveillé par la grippe, XLII, 163; injections intra-spléniques dans le — XLI, 534; traitement du — de l'enfance, XLII, 506; bleu de méthylène dans le — XLI, 533; XLII, 505, 506; phénacétine dans le — XLI, 534. — R. B., XLI, 378, 776; XLII, 368, 774.
Panaris. R. B., XLI, 379, XLII, 774.
Pancréas. Développement du — XLI, 8, 408, 409, 410; fonctions du — XLI, 468; greffe — XLI, 468; ferments du — XLI, 440; effets de l'extirpation du — XLI, 468; digestion des graisses après ablation du — XLI, 435; lésions du — XLII, 278; de la — ite, XLI, 575; hémorragie — XLII, 557; apoplexie — XLII, 557; tuberculose du — XLII, 62; nécrose graisseuse et maladie du — XLII, 174; le diabète — XLI, 67, 68, 468, 576; XLII, 27, 445; injections — dans le diabète, XLII, 497; extraits de — dans le diabète, XLII, 508; cancer du XLII, 558; kystes — XLII, 684. — R. B., XLI, 379, 776; XLII, 390, 774.
Pannus. Antipyrine contre le — XLII, 312.
Pansement. Falsification de la gaze iodoformée, XLII, 488; stérilité des — antiseptiques, XLI, 633; le flambage des plaies, XLI, 634. — R. B., XLI, 379, 777; XLII, 370, 775.
Papilles. — vallées et foliées, XLI, 413.
Papillome. — de l'amygdale, de la langue et de l'épiglotte, XLII, 321; — du larynx, XLI, 717; — corné névrotique, XLII, 232; — des raffineurs de pétrole, XLI, 228. — R. B., XLI, 379.
Parachloralose. Du — XLII, 480.
Paralysie. — des nerfs craniens, XLII, 143; — du cœur, XLI, 51; — laryngée, XLI, 308, 310; — faciale, XLI, 137; — faciale hystérique, XLII, 543; — hystériques, XLI, 564, 566; — bulbaire, XLI, 131, 132; — pseudo-hypertrophique, XLII, 148; de la — spinale diffuse, XLI, 133; — systématique, XLII, 536; pseudo — syphilitique, XLII, 208; — suite de choléra infantile, XLII, 604; — spinale de l'enfance récidivante, XLII, 595; — congénitale centrale, XLII, 596; — dans l'enfance, XLI, 199; pseudo — syphilitique chez l'enfant, XLI, 199; — oculaires syphilitiques, XLII, 236; — alcoolique, XLII, 633; — puerpérale, XLII, 574; — des fumeurs d'opium, XLII, 490; — des porteurs de pierre, XLII, 139. — R. B., XLI, 379, 777; XLII, 370, 775.
Paralysie agitante. Formes de la — XLI, 566; — et hystérie, XLII, 545. — R. B., XLII, 775.
Paralysie infantile. Scolioses liées à la — XLII, 607; relations de l'atrophie musculaire de l'adulte avec la — XLII, 540.
Paralysie générale. Etiologie de la — XLII, 637, 639; — de la puberté, XLII, 639; réflexes dans la — XLII, 639; hérédité dans la — XLII, 639; — à début précoce, XLI, 242; formes de — XLI, 242; causes — XLII, 254; anatomie pathologique — XLII, 254; lésions des poumons, du cœur, du foie et des reins dans la — XLI, 242; lésions des nerfs des membres dans la — XLI, 243; syphilis et — XLI, 243; XLII, 237; tabes et — XLII, 637, 638; peptonurie chez les — XLI, 450; XLII, 640; trépanation dans la — XLI, 244. — R. B., XLI, 379, 777; XLII, 371, 775.
Parole. Troubles de la — consécutifs à la variole, XLI, 581; aphasie motrice pure, XLI, 130. — R. B., XLI, 380, 777; XLII, 371.
Pathologie. R. B., XLI, 380.
Paupière. Du ptosis, XLII, 308; ptosis non congénital et héréditaire, XLI, 689; traitement de l'ectropion, XLII, 705; traitement du symblépharon, XLII, 692; nævus de la — XLII, 308; gangrène des — XLII, 309, 692; kyste congénital — XLII, 309. — R. B., XLI, 380, 778; XLII, 371, 776.
Peau. Vaisseaux de la — XLII, 8; microorganismes de la — normale, XLI, 212; perméabilité de la — XLI, 443; chan-

gements de couleur de la grenouille, XLI, 27; de la résorption — XLI, 26; l'électricité et l'absorption — XLI, 90; des excitations — XLI, 418; accumulation des excitations cutanées, XLI, 26; excitabilité de la — par la lumière et la chaleur, XLI, 27; traité des maladies — XLII, 219; modifications du sang par les lésions — XLI, 454; toxicité du sang dans les affections — XLII, 609; kératinisation de l'épiderme, XLII, 8; formation des cicatrices du derme, XLI, 613; du tissu elastique dans les néophasies fibreuses, XLII, 612; état séborréique de la — XLI, 613; sarcome — XLI, 612, 613; sarcomatose — XLI, 224; tuberculose — XLII, 227; la scrofulo-tuberculose — XLI, 610, 612; menthol dans les affections prurigineuses, XLI, 223. — R. B., XLI, 380, 778; XLII, 372, 776.
Pelade. — et vitiligo, XLII, 230; traitement de la — XLII, 620.
Pellagre. Chimisme gastrique dans la — XLII, 617; de la — XLII, 617. — R. B., XLI, 381, 778; XLII, 372, 776.
Pemphigus. — chronique, XLII, 609; maladie bulbeuse à kystes épidermiques, XLII, 610; — foliacé, XLII, 610. — R. B., XLI, 381, 778; XLII, 372, 777. — Génitaux.
Pénis. Développement du — XLI, 9.
Pental. Action du — XLII, 98; — comme anesthésique, XLII, 480; mort par anesthésie par le — XLII, 644.
Pentose. Transformation des — XLII, 420.
Pepsine. Essai de la — XLII, 427; mélange de la — au vin, XLI, 119.
Peptone. Poids moléculaires des — XLI, 46; — et albumose, XLI, 438.
Peptonurie. — chez les paralytiques, XLI, 450; XLII, 640.
Perchlorure de fer. — dans la diphtérie, XLI, 530.
Péricarde. Nerfs du — XLII, 402.
Péricardite. Glace dans la — XLII, 500; ponction dans la — XLI, 202; incision et drainage dans la — purulente, XLI, 567.— *Voy.* Cœur.
Périnée. Fibromyomes de la région vulvo — XLI, 177; traitement des déchirures — XLII, 190. — R. B., XLI, 778; XLII, 372, 777.
Périostite. Liquide de la — albumineuse, XLII, 432. —*Voy.* Os.
Péritoine Epanchements de liquide hydatique et de bile dans le — XLII, 171; éponges et compresses oubliées dans la cavité — XLII, 681; tumeur de l'épiploon, XLII, 680; myxome du mésentère, XLII, 681; kystes du mésentère, XLI, 282, 283; XLII, 272; lipomes rétro — XLI, 283; sarcomes rétro — XLI, 653. — R. B., XLI, 381, 778; XLII, 373, 777.
Péritonite. Nature de la — XLII, 175; — pseudo tuberculeuse par enkystement de tablettes de cholestérine, XLII, 439; de la — blennorragique, XLI, 234; traitement de la — suppurée, XLI, 659; laparotomie pour — tuberculeuse, XLI, 281, 660; XLII, 680; résultats éloignés de la laparotomie dans la — tuberculeuse, XLII, 271.
Perlèche. De la — XLII, 613.
Phagocytose. — dans l'actinomycose, XLII, 474. — *Voy.* Cellule.
Pharmacologie. Manuel de — XLI, 105. — R. B., XLI, 381, 779; XLII, 373, 777.
Pharynx. Hémorragies — XLI, 302; de la — mycose, XLI, 302; XLII, 707; syphilis bucco — XLI, 624; valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la syphilis — XLI, 303; obs. de syphilis — XLI, 303; rétrécissements syphilitiques du — XLII, 322; polype poilu du — XLI, 705; point d'implantation des polypes — XLI, 705; tumeur du — chez un enfant, XLII, 709; antipyrine dans les affections du — XLI, 304; massage vibratoire pour les maladies — XLI, 709, 710. — R. B., XLI, 382, 779; XLII, 374, 778.
Phénacétine. — dans le paludisme, XLI, 534.
Phénocolle. Action du — XLI, 94; — chez les enfants, XLI, 539.
Phimosis — et chancre, XLI, 622.
Phlegmatia. — alba puerpérale, XLII, 575.
Phlegmon. Etiologie du — gazeux, XLII, 94; — orbitaire, XLII, 694.
Phlorhizine. Diabète — XLI, 518.
Phosphate. — de l'urine, XLI, 36, 450.
Phosphore. De l'empoisonnement par le — XLII, 492, 493; localisation du — dans les tisuss, XLII, 106.
Phosphorique (acide). Dosage de l' — des urines, XLI, 43.
Photographie. R. B., XLI, 383, 780; XLII, 375, 779.
Phtiriase. — avec mélanodermie, XLI, 220. — R. B., XLI, 780; XLII, 375.
Phtisie. *Voy.* Tuberculose.
Physiologie. R. B., XLI, 383, 780; XLII, 375.
Physique. R. B., XLII, 375.
Physostigmine. Empoisonnement par la — XLI, 97.
Picrique (acide). Emploi de l' — pour la détermination des alcaloïdes, XLI, 96.
Picrotoxine. De la — XLI, 510.
Pied. — fourchu, XLII, 443; — de Madura, XLI, 618; traitement des tuberculoses du — XLII, 287. — R. B., XLI, 383, 780; XLII, 375, 779.
Pied bot. Arthrodèse pour les — XLII, 291; traitement du — XLI, 298, 673.
Pigment. Origine du — XLII, 12; formation du — XLI, 6. — R. B., XLII, 376, 779.
Pilocarpine. — *Voy.* Jaborandi.
Pipérazine. — contre les calculs du rein, XLII, 120.
Pituitaire. *Voy.* Cerveau, Nez.
Pityriasis. — rubra pilaire, XLII, 223. — R. B., XLI, 780; XLII, 376, 779.
Placenta.— des rongeurs, XLI, 13; circulation fœto — XLI, 592; XLII, 199; respiration — XLII, 29; diagnostic rétrospectif du — prœvia, XLI, 602; du — prœvia, XLI, 186; tuberculose du — XLII, 579.

— R. B., XLI, 383, 780; XLII, 376, 779.
Plaie. Du drainage des — XLI, 635; le flambage des — XLI, 634. — R. B., XLI, 780; XLII, 376, 779.
Plaies par armes à feu. Des — par le fusil Mannlicher, XLI, 634; la balle est-elle stérilisée par l'échauffement dans le canon? XLI, 634.
Pleurésie. Etiologie des — XLI, 493; XLII, 162; des — XLI, 61; nature de la — XLII, 548; — cryptogénétiques, XLII, 548; — chez l'enfant, XLI, 200; — purulente chez l'enfant, XLII, 216; — purulente suite de périty phlite, XLII, 603; — purulente ouverte à la région lombaire, XLI, 570; sur les grandes cavités d'empyèmes, XLII, 267; — syphilitique, XLII, 625; traitement de la — aiguë, XLII, 500; électrocentèse dans la — XLII, 113; traitement de la — purulente, XLI, 117; XLII, 113.
Plèvre. Lymphangite proliférante de la — XLI, 458; lipomes sous — XLII, 300. — R. B., XLI, 383, 781; XLII, 376, 780.
Plomb. *Voy.* Saturnisme.
Pneumocoque. *Voy.* Pneumonie.
Pneumogastrique. Noyau du — XLII, 3; action du — sur l'estomac, XLII, 26; influence de la suppression des — sur la respiration, XLI, 423; influence du — sur le poumon, XLI, 425; effets des excitations centrifuges du — XLI, 427; effets de l'excitation du — sur les échanges, XLI, 418; troubles par irritation du — dans une plaie de l'œsophage, XLII, 667. — *Voy.* Nerf.
Pneumonie. De la pneumo-protéine, XLI, 79; production de couleur par le pneumocoque, XLI, 490; variétés du diplocoque — XLI, 490; histologie de la — fibrineuse, XLII, 55; de l'infiltrat fibribrineux de la — XLII, 439; sclérose pulmonaire suite de — XLII, 56; fausses défervescences de la — XLII, 162; leucocytose de la — XLI, 146; — lobaire aiguë, XLII, 547; son tympanique dans la — XLII, 547; — des diabétiques, XLII, 547; traitement de la — XLII, 548; immunité contre le pneumocoque, XLII, 77; action du sérum sur le pneumocoque, XLII, 77; vaccination anti — XLI, 79; séro-thérapie dans la — XLII, 112; digitale dans la — XLII, 498; glace dans la — XLII, 498; injection d'essence de térébenthine dans la — XLI, 115, 529; XLII, 498. — *Voy.* Poumon.
Pneumotomie. — Obs. de — XLI, 265, 266, 661, 662. 685; XLII, 268.
Podophyllotoxine. Action de la — XLI, 515.
Poignet. Déformation rare du — XLII, 287.
Poil. Signes de la décoloration artificielle des — XLI, 255; alopécies de la kératose — XLI. 226; affections des régions — avec atrophie, XLI, 227. — R. B., XLI, 384, 781; XLII, 377, 780.
Poison. — des flèches, XLI, 101.
Porencéphalie. *Voy.* Cerveau.
Poumon. Pression sanguine dans les vaisseaux, XLI, 430; mycose —, XLII, 161; syphilis —, XLII, 625; chirurgie, du — XLI, 265, 266; résection du — XLII, 661; obs. de suture du — XLI, 661; obs. de pneumotomie, XLI, 265, 266; 661, 662, 685; XLII, 268. — R. B., XLI, 384, 781; XLII, 377, 780.
Poussière. Rôle des — en chirurgie, XLII, 450.
Prostate. Evolution de la — XLI, 11; ablation de la — XLI, 682; — ectomie sus pubienne, XLII, 687. — R. B., XLI, 384, 782; XLII, 378, 781.
Protozoaires. — et cancer, XLII, 42, 43, 44, 46, 47.
Prurigo. — Du — de Hebra, XLI, H223. — R. B., XLI, 782.
Prurit. — vulvaire, XLII, 189.
Psammome. Du — XLI, 65.
Pseudarthroses. — chez l'enfant, XLII, 216.
Psoriasis. — unguéal, XLII, 225; gallanol dans le — XLII, 225. — R. B., XLI, 384, 782; XLII, 378, 781.
Psorospermie. — et cancer, XLII, 434, 435, 436 — R. B., XLI, 782, XLII, 378.
Psychologie. R. B., XLI, 385, 782; XLII, 781.
Psychoses. — dans l'enfance, XLI, 198; troubles — dans le goître exophtalmique, XLI, 237; les — puerpérales, XLII, 252; troubles — dans la chorée, XLII, 248. — R. B., XLI, 385, 783; XLII, 378, 781.
Ptérygion. Du — XLII, 311; — et cataracte, XLII, 313.
Ptomaïnes. — de la putréfaction de la viande et du pancréas, XLII, 431. — R. B., XLI, 383, 783; XLII, 378.
Puerpéral. Les psychoses — XLII, 252; folie — XLII, 252; sucre dans l'urine dans l'état — XLII, 38; bactériologie de la fièvre — XLI, 602; la fièvre — autrefois et aujourd'hui, XLI, 185; phlegmatia alba — XLII, 575; paralysies — XLII, 574; septicémie — atténuée, XLII, 579; arthrites — sacro-iliaques, XLII, 192. — R. B., XLI, 385, 783; XLII, 378, 781.
Pupille. *Voy.* Iris.
Purpura. Influence du — sur la menstruation et la grossesse, XLI, 181. — R. B., XLI, 385, 783; XLII, 379, 781.
Pustule maligne. *Voy.* Charbon.
Putréfaction. Etude de la — XLI, 256; XLII, 651; processus de — intestinale, XLII, 91; toxines de la — XLII, 457; — intestinale dans la fièvre typhoïde, XLI, 44; ptomaïnes de la — de viande et de pancréas, XLII, 431.
Pyélite. *Voy.* Néphrite, Rein.
Pyocyanique. Le bacille — sur les végétaux, XLII, 475; modifications de la pression artérielle par les toxines — XLI, 495; rôle de la rate dans l'immunisation — XLI, 495.
Pyohémie. — suite d'otite, XLI, 723. — R. B., XLII, 782,
Pyrexie. — *Voy.* Fièvre.

Q

Quinine. Action de la — XLI, 511, 512. — R. B., XLI, 385, 783; XLII, 379.

R

Rachis. Le — chez l'enfant, XLI, 7, mouvements de rotation des vertèbres; XLII, 18; scoliose dans une myopathie atrophique, XLII, 540; scoliose dans la sciatique, XLII, 150; déviations — névropathiques, XLI, 563; scoliose hystérique, XLII, 158; scolioses liées à la paralysie infantile, XLII, 607; scolioses paralytiques, XLI, 640; déviations — dans le mal de Pott, XLI, 640; traitement de la scoliose, XLI, 640; fracture du cou, XLI, 262; luxation de la 5e vertèbre cervicale, XLII, 688; kystes et fistules sacro-coccygiennes, XLII, 61, 302; tumeurs congénitales sacro-coccygiennes, XLII, 657; chirurgie du — XLI, 637; ablation d'une tumeur intra —, XLI, 683; laminectomie pour carie — XLI, 208; laminectomie pour paraplégie — XLII, 265. — R. B., XLI, 385, 783; XLII, 379, 782.
Rachitisme. Du — XLI. 207; état de la rate dans le — XLII, 603. — R. B., XLI, 385, 784; XLII, 379, 782.
Rage. Diffusion du virus — XLII, 88; guérison d'un cas de — XLI, 121; traitement de la — développée, XLI, 88; vaccinations anti — XLII, 466; effets de l'ablation de la rate sur la — XLII. 467. — R. B., XLI, 386, 784; XLII, 379; 782.
Rate. Développement de la — XLI, 8; — chez le vieillard, XLI, 8; fibres nerveuses dans la — XLII, 402; dératement et croissance, XLII, 445; formation des cellules sanguines dans — — XLI, 5; hypertrophie de la — chez l'enfant, XLI, 206; — dans le rachitisme, XLII, 603; splénomégalie primitive, XLI, 575; état de la — dans la fièvre récurrente, XLI, 463; du souffle — XLII, 563; effets de l'ablation de la — sur la rage, XLII, 467; rupture de la rate, XLI, 575; ablation de la — mobile, XLI, 287; XLII, 277, ablation de la — dans la leucémie, XLII, 277; ablation de la — pour rupture, XLII, 605; ablation de la — pour hydatides, XLII, 684. — R. B., XLI, 386, 784; XLII, 380, 782.
Rectum. Traitement du prolapsus — XLII, 679; ablation partielle du — XLII, 277; traitement du cancer du — XLI, 275; résection du — pour cancer, XLII, 678. — R. B., XLI, 386, 784; XLII, 380, 782.
Réflexe. — dans la syphilis, XLII, 622; — dans la paralysie générale, XLII, 639. — R. B.. XLI, 785; XLII, 380.
Rein. Circulation artérielle du — XLI, 442; rôle des glomérules dans l'excrétion urinaire, XLI, 32; effets de l'ablation des — sur les échanges azotés, XLI, 31; élimination des bactéries par les — XLII, 448; mucine dans le — XLII, 686; production du — contracté par l'acide oxalique, XLI, 69; altérations de l'appareil circulatoire dans l'insuffisance — XLI, 64; formations pseudo-glandulaires de la muqueuse du bassinet, XLII, 408; lésions du — dans le choléra, XLII, 58; brightisme auriculaire, XLI, 722; syphilis — XLII, 626; injections de néphrine dans l'urémie, XLI, 533; pipérazine contre les calculs du — XLII, 120; de la tuberculose — XLI, 663; du — polykystique, XLI, 162; adéno-cystome du — XLI, 462; crises de vomissement dans le — mobile, XLI, 577; opération du — mobile, XLI, 663, 664, 665; étranglement du — mobile, XLII, 685; suites de la néphrorraphie, XLII, 685; néphrotomie pour anurie, XLI, 663. — R. B., XLI, 386, 785; XLII, 380, 783.
Résection. De l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, dans les cas d'ankylose, XLI, 296; — du tarse, XLII, 291; procédé de — de l'astragale et du calcanéum, XLI, 675. — R. B., XLI, 387, 786; XLII, 382, 784.
Respiration. Siège des centres — XLI, 423, 425; — placentaire, XLII, 29; influence de la suppression des pneumogastriques sur la — XLI, 423; influence du système nerveux sur la — XLI, 423; modifications — de la pression intrathoracique, XLI, 23; combustions — XLI, 22; processus — chez les animaux peptonisés, XLI, 22; des échanges —, XLI, 422; effets de la lumière et des médicaments sur les échanges — XLI, 425; influence de l'entraînement sur les échanges — XLI, 424; influence de l'alimentation et de l'inanition sur les échanges — XLI, 420; thermogénèse et échanges — XLI, 420, 421; pression — XLII, 413; mouvements — XLII, 413; du bruit — XLII, 20; — dans une atmosphère raréfiée, XLI, 424; signification de la tachypnée, XLI, 147. — R. B., XLI, 387, 786; XLII, 382, 784.
Rétine. Structure de la — XLII, 13; décollement de la — XLI, 700; XLII, 316, 700, 701; embolie — XLI, 700; lésions — par section du nerf optique, XLI, 18. — R. B, XLI, 387, 786; XLII, 382, 784.
Rétinite. — hémorragique, XLII, 315, 701; — goutteuse, XLII, 699; — septique, XLII, 316; — proliférante, XLII, 316, 701.
Rhabdomyome. Etude du — XLI, 461.
Rhinite. — hypertrophique et aménorrée, XLII, 323; — pseudo-membraneuse, XLII, 324. — *Voy.* Nez.
Rhinophyma. Etude du — XLI, 225.
Rhinosclérome, Etude du — XLII, 713.
Rhumatisme. Origine nerveuse du —

XLII, 559; pathogénie du — XLII, 559; — noueux chez l'enfant, XLII, 214; — blennorragique, XLII, 242, 631; salipyrine et salophène dans le — XLI, 540; salicylate par le rectum dans le — XLII, 117. — R. B., XLI, 387, 787; XLII, 382, 784.
Roséole. R. B., XLI, 387.
Rotule. *Voy.* Fracture, Os.
Rougeole. De la — XLII, 602; inoculation de — XLII, 464; — avec fièvre typhoïde, XLII, 560. — R. B., XLI, 787; XLII, 383, 785.
Rouget. Formation d'hydrogène sulfuré par le bacille du — XLII, 472; inoculations contre le — XLII, 473. — R. B., XLI, 787.
Rubéole. Etiologie — XLII, 561. — R. B., XLI, 388; XLI, 383, 785.
Ruthénium. Propriétés colorantes de l'oxychlorure de — XLII, 486.

S

Sacrum. Fistules et kystes — coccygiens. XLII, 61, 302, 657. — *Voy.* Rachis.
Salicylate. — par le rectum dans le rhumatisme, XLII, 117.
Salipyrine. — dans le rhumatisme, XLI, 540.
Salive. Sécrétion — XLII, 24; nerf des glandes — XLI, 407; réactions colorées de la — XLI, 46; microbes du tartre et des calculs — XLII, 453; tumeurs des glandes — XLII, 301. — R. B., XLI, 388, 787; XLII, 383, 785.
Salol. — pour l'examen du fonctionnement de l'estomac, XLII, 114; — dans la cystite, XLI, 536; — dans la diarrhée, XLI, 540.
Salophène. — dans le rhumatisme, XLI, 540.
Salpingite. *Voy.* Utérus.
Sang. Genèse des globules — XLII, 403; les globules blancs protecteurs du — XLI, 474; des granulations des globules blancs du — XLI, 54; recherches sur les leucocytes, XLII, 433; origine des grains acidophiles des leucocytes, XLII, 10; formation des cellules — dans le foie et la rate, XLI, 5; modifications morphologiques des globules rouges, XLII, 432; état de l'endothélium dans la diapédèse des globules blancs, XLII, 65; cellules éosinophiles dans le — XLI, 51; examen physique du — XLII, 22; de l'hématocrite, XLII, 403; pression — dans les vaisseaux pulmonaires, XLI, 430; vitesse de la circulation du — XLII, 22; densité du — XLI, 25, 55; XLII, 21, 22, 413; capacité respiratoire du — XLII, 21; influence de la respiration sur la perméabilité des globules — XLI, 431; influence du système de la veine porte sur le répartition du — XLII, 20; influence des acides et des alcalis sur le — XLI, 45, 431; influence des acides et alcalis sur l'alcalescence du — XLI, 117, 531; modifications de l'alcalinité du — par le travail musculaire, XLI, 434; de la coagulation du — XLI, 431; XLII, 424; défibrination du — XLI, 431; constitution des thrombus, XLI, 455; — peptonisé, XLII, 23; la dilution et l'épaississement du — XLII, 414; action des médicaments sur les leucocytes, XLI, 90; oxydations provoquées par le — XLII, 416; séparation des albuminoïdes du — pour le titrage du sucre, XLII, 36; substances réductrices du — XLI, 446; sucre du — XLI, 25; recherche de la matière colorante biliaire dans le — XLI, 45; action de l'iode sur les leucocytes, XLII, 89; recherche des matières toxiques du — XLII, 35; pouvoir bactéricide du — XLI, 70, 71, 477, 478; XLII, 449; immunité et alcalescence du — XLII, 449; rapports entrel e sérum — et l'immunité, XLII, 67; traité des maladies du — XLII, 533; pathologie du — XLI, 54; modifications des leucocytes dans l'infection, XLII, 66; physiologie et pathologie du — XLII, 164; — dans l'anémie pernicieuse, XLII, 166; modifications du — dans l'hémorragie cérébrale, XLI, 455; influence des congestions sur la richesse du — en globules rouges, XLII, 23; action du bacille tuberculeux et de la tuberculine sur le — XLII, 74; état du — dans la grippe et la pneumonie, XLI, 146; pression — dans la diphtérie, XLII, 602; toxicité du — dans les affections cutanées, XLII, 609; modifications du — par les lésions cutanées et les médicaments, XLI, 454; étude des taches de — XLI, 253. — R.B., XLI, 388, 787; XLII, 383, 785.
Sangsue. — dans le larynx, XLII, 329.
Saponine. Des substances contenant la — XLI, 93.
Saprol. Action du — XLI, 522.
Sarcome. — du cerveau, XLII, 144; — du cervelet, XLI, 131; — de la langue, XLI, 267; — mélanique cutané, XLII, 226; — atose cutanée, XLI, 224; ulcération dans les — adhérents, XLI, 612; — cutané, XLI, 612, 613; — du vagin, XLI, 178; — primitifs de l'intestin grêle, XLI, 653; — rétropéritonéaux, XLI, 653. — R. B., XLI, 388, 788; XLII, 384, 785.
Saturnisme. Lésions nerveuses dans le — XLI, 526; lésions médullaires et nerveuses dans le — XLI, 101; encéphalopathie — XLII, 494; élimination du plomb, XLII, 494; traitement par l'huile d'olive, XLII, 509; traitement du — par le courant constant, XLI, 120. — R. B., XLI, 388, 788; XLII, 384, 785.
Scarlatine. Rechutes, récidives, XLII, 177; exanthèmes septicémiques de la — XLII, 561; — chirurgicale, XLII, 602; mort dans la — XLI, 206. — R. B., XLI, 388, 788; XLII, 384, 785.
Sciatique. Scolioses dans la — XLII, 150. — *Voy.* Nerf.
Sclérodermie. De la — XLI, 219, 220; gangrène dans la — XLII, 613. — R. B., XLI, 788; XLII, 384.

Scoliose. *Voy.* Rachis.
Scopolamine. — mydriatique, XLII, 693.
Scorbut. R. B., XLI, 788.
Scrofule. R. B., XLII, 384, 786.
Seigle. Action du — ergoté, XLII, 97.
Sens. Organes du — de la pression, XLII, 422; — de l'équilibre, XLII, 410. — R. B., XLI, 388.
Sensibilité. — colorée, XLII, 544; organes de la — thermique et du sens de la pression, XLII, 422. — R. B., XLII, 786.
Septicémie. — cryptogène, XLII, 177, 564; tuberculose et — XLII, 453; — puerpérale atténuée, XLII, 579; — suite d'otite, XLI, 723; exanthèmes — de la scarlatine et de la diphtérie, XLII, 561. — R. B., XLI, 389; XLII, 384, 786.
Sérosité. Chimie des épanchements — XLII, 40.
Séro-thérapie. Obs. de — XLI, 487; — dans la pneumonie, XLII, 112; — dans la syphilis, XLI, 626; XLII, 629; — dans le choléra, XLII, 459; — tétanique, XLII, 469, 510, 511. — *Voy.* Injection.
Serpent. Les morsures de — XLII, 107; élimination du venin de — XLI, 525. — R. B., XLI, 788; XLII, 786.
Sinus. *Voy.* Cerveau, Nez.
Solanine. Action de la — dans les maladies de l'estomac, XLI, 532.
Solutol. Du — XLII, 485.
Solvéol. Action des — XLI, 520.
Sommeil. R. B., XLII, 786.
Somnal. — chez les aliénés, XLII, 640.
Somnambulisme. — dans ses rapports avec l'hystérie, XLI, 235.
Soude. Effets du bicarbonate et du citrate de — sur les échanges azotés, XLII, 114.
Soufre. Réaction du — XLII, 40.
Sozoïodol. Propriétés du — XLII, 483.
Spermine. Effets de la — sur le bacille du choléra, XLII, 457.
Splénectomie. *Voy.* Rate.
Spina bifida. Obs. de — XLII, 217; — lombaire, XLII, 264; — avec hypertrichose, XLII, 657; — occulta, XLI, 638; opérations pour — XLI, 203, 639; — R. B., XLI, 389, 788; XLII, 384, 786.
Staphylocoque. *Voy.* Bactérie.
Stomatite. — aphteuse et son bacille, XLII, 474.
Strabisme. Théorie du — XLII, 305; amblyopie dans le — XLII, 305; traitement du — XLII, 305, 306, 692. — R. B., XLI, 389; XLII, 385, 786
Streptocoque. *Voy.* Bactérie.
Streptothrix. Espèces de — XLII, 70.
Strontium. Action des sels de — XLI, 521; sels de — contre l'albuminurie, XLI, 113.
Strychnine. Action de la — sur les centres psychomoteurs, XLI, 91.
Sublimé. *Voy.* Mercure.
Submersion. *Voy.* Médecine légale.
Sucre. — du sang, XLI, 25; — des muscles, XLII, 424; — dans l'urine des femmes enceintes et des nourrices, XLII, 428; nouvelle espèce de — pentaglycoses dans l'urine, XLI, 37; dosage du — dans l'urine, XLI, 36, 37; action des — dans l'organisme, XLI, 439; transformation de la maltose en dextrose, XLI, 436. — R. B., XLI, 389, 789; XLII, 385.
Suette. R. B., XLI, 385.
Sueur. Réaction de la — XLI, 32, 435; hémihyperhydrose, XLII, 609; — d'urée, XLI, 584; action de l'aconit sur la — XLII, 100. — R. B., XLI, 789; XLII, 385, 786.
Suint. Emploi du — XLI, 621.
Sulfonal. Action du — XLII, 99; action toxique du — XLII, 480.
Sulfurique (Acide). Lésions rénales dans l'empoisonnement par l' — XLII, 494.
Suppuration. Bactériologie de la — XLII, 470; bactériologie de la — dans l'espèce bovine, XLII, 95; infections mixtes dans les — aiguës, XLI, 73; diagnostic de la nature tuberculeuse des — XLII, 41. — R. B., XLI, 789; XLII, 385.
Surdi-mutité. Etiologie de la — XLII, 718; vision des — XLII, 690. — R B., XLII, 385, 786.
Suspension. — dans les maladies nerveuses, XLI, 123.
Sympathique. Développement des fibres du — XLI, 3, 410; ganglions du — XLI, 402; chromatine dans les cellules des ganglions — XLII, 2; influence du — cervical sur la circulation cérébrale, XLII, 409; lésions du — dans le diabète, XLII, 442; résection du — dans l'épilepsie, XLI, 246; XLII, 641.
Symphyséotomie. De la — indications, obs. XLI, 187, 188, 190, 603, 604, 607; XLII, 580, 581, 590, 591; — chez l'homme, XLI, 666. — *Voy.* Accouchement.
Synchisis. — étincelant, XLI, 694.
Syndactylie. *Voy.* Doigt, Main, Pied.
Syphilis. Pronostic de la — XLII, 235; oscillations de la virulence de la — XLI, 622; formes de la — infantile, XLI, 229; bacille de Lustgarten dans les tissus — XLII, 234; chancres de la main et des doigts, XLII, 235; phimosis et chancre, XLI, 622; du chancre — érosif phagédénique, XLI, 622; ulcères de vaccination dans la — héréditaire, XLII, 234; — urétro-spinale, XLII, 621, 622, 623; pseudo-paralysie — XLI, 199; XLII, 208; — et paralysie générale, XLI, 243; XLII, 237; le tabès est-il d'origine — XLI, 230; XLII, 236; amyotrophie — XLII, 624; réflexes dans la — XLII, 622; aliénation — XLII, 636; — du cœur, XLI, 229; — pulmonaire, XLII, 625; pleurésies — XLII, 625; hémorragies — du cercle ciliaire, XLII, 700; atrophie de l'œil suite de — XLII, 702; lésions des yeux dans la — cérébrale, XLII, 704; choroïdite — XLII, 236; paralysies oculaires — XLII, 236; — buccale, XLI, 624; rétrécissements — du pharynx, XLII, 322; valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la — de l'arrière-gorge, XLI, 303; obs. de — laryngo-pharyngée, XLI, 303; — nasale, XLII, 325; — du foie, XLII, 214; du diabète — XLI, 231; — intestinale, XLI, 623; néphrite — précoce, XLII, 238; — et éclampsie, XLII, 577; — rénale, XLII, 626; — anale,

XLII, 627; kératoses — XLI, 231; lymphangite — XLII, 625; leucomélanodermie — XLII, 626; myxœdème — XLI, 623; alopécie — XLII, 237; traitement de la — XLI, 624; le traitement mixte est-il indispensable, XLI, 627; sérothérapie dans la — XLI, 626; XLII, 629; la glycérine chloral camphrée contre l'ulcère — XLI, 232; de l'excision du chancre — XLI, 232; influence du mercure sur les — papuleuses, XLI, 230; traitement de la — par les injections de mercure, XLI, 232; XLII, 238, 627, 628; embolie suite d'injections mercurielles, XLII, 627; savon au calomel. XLII, 629; flanelles mercurielles, XLII, 238. — R. B., XLI, 389, 789; XLII, 385, 787.

Syringomyélie. Obs. de — XLI, 559; XLII, 150, 151, 152, 536; arthropathies — XLII, 150. — *Voy.* Moelle.

T

Tabac. Action de la nicotine sur le ganglion ciliaire, XLI, 94; — et bactéries, XLII, 451, 525; choléra et — XLII, 525. — R. B., XLI, 390, 790.

Taille. — sus-pubienne, XLI, 666; hémorragies vésicales après la — XLI, 666. — *Voy.* Vessie.

Tarse. Résection du — XLII, 291. — *Voy.* pied.

Tatouage. Emploi du — XLI, 618.

Teigne. Des — XLII, 618; action des essences sur les champignons — XLII, 619; tricophytie de la main et du pied, XLI, 227; de la tricophytie, XLI, 227; traitement des — XLII, 230. — R. B., XLI, 390, 790; XLII, 387, 792.

Température. — et excitabilité, XLI, 15, 16; centres — cérébraux, XLI, 16; thermogenèse et échanges respiratoires, XLI, 420, 421; influence des nerfs, du foie, des muscles sur le réchauffement de la marmotte, XLII, 28; influence des basses — sur les fonctions de l'estomac, XLI, 437; action des très basses — XLI, 421; le frisson comme appareil de régulation thermique, XLI, 421; — des hibernants, XLI, 421, 422. — R. B., XLI, 391, 790; XLII, 387, 792.

Tendon. Déchirure sous-cutanée des — XLI, 298. — R. B., XLI, 391; XLII, 387, 792.

Ténia. — cause de névralgie et d'herpès, XLI, 166. — R. B., XLI, 391, 790; XLII, 387.

Térébenthine. Injections de — dans la pneumonie, XLI, 115; XLII, 498; l'essence de — contre l'érysipèle, XLI, 119; — dans la fièvre typhoïde, XLI, 535.

Testicule. Cellule accessoire du — XLII, 408; glandes dans l'épithélium des vasa efferentia, XLI, 411; torsion du cordon spermatique, XLII, 286; de l'ectopie — XLI, 211; l'orchidopexie pour ectopie — XLI, 289; injections de suc — XLII, 121, 497. — R. B., XLI, 391, 790; XLII, 387, 792.

Tétanie. — gastrique, XLI, 147. — R. B., XLI, 371, 791.

Tétanos. — de Ritter, XLII, 421; — du myocarde, XLI, 428; substance toxique qui engendre le — XLII, 92; théorie fécale du — XLI, 505; immunité pour le — XLI, 81, 82, 504; XLII, 93; action des humeurs d'un animal immunisé sur les virus — XLI, 506; diffusion et élimination du poison — XLI, 81; contractures du — XLII, 421; production des contractures dans le — — XLI, 505; lésions des nerfs dans le — XLII, 53; du — céphalique, XLI, 80; symptômes — dans la diphtérie, XLII, 600; traitement du — XLII, 510, 511; — traité par l'antitoxine, XLI, 536; XLII, 469. — R. B., XLI, 391, 791; XLII, 388, 792.

Tête. R. B., XLII, 792.

Teucrine. De la — XLI, 540; — dans les tuberculoses locales, XLII, 511, 512.

Thalline. — dans la fièvre typhoïde, XLI, 534.

Théobromine. Action de la — XLII, 477.

Thérapeutique. Leçons de — XLI, 101. — R. B., XLI, 392, 791; XLII, 388, 793.

Thiol. — dans les brûlures, XLII, 302.

Thiuret. Du — XLII, 482.

Thorax. Traitement des plaies — après rabattement d'un volet — XLII, 661. — R. B., XLI, 393, 791; XLII, 389, 783.

Thrombose. Formation des — XLI, 455; — artérielle dans la fièvre typhoïde, XLII, 215. — R. B., XLI, 393, 791; XLII, 389, 788.

Thymus. De l'hypertrophie du — XLI, 203. — R. B., XLII, 788.

Thyroïde. Fonction — XLII, 422; — accessoire, XLI, 711; glandules — XLI, 465; XLII, 29; fonctions de la — XLI, 465, 467; XLII, 29; glandes para — XLII, 15; hypertrophie compensatrice du — XLI, 452; greffes — dans le myxœdème, XLI, 249, 250; luxation et fixation sus-sternale de la — XLI, 684; — éréthisme pour myxœdème, XLII, 642; traitement du myxœdème par les injections et l'alimentation — XLII, 255, 258, 259, 642, 643. — R. B., XLI, 393, 791; XLII, 389, 788.

Thyroïdectomie De la — XLII, 297; lésions consécutives à la — XLI, 465; lésions nerveuses consécutives à la — XLI, 67; lésions chez les chiens — XLII, 445.

Tics. Maladie des — XLII, 545.

Tiophène. — contre les brûlures, XLI, 522.

Tolypyrine. De la — XLII, 481.

Tolysal. Du — XLII, 481.

Torticolis. — fonctionnel par paralysie oculaire, XLII, 317; résection nerveuse pour — XLI, 299. — R. B., XLI, 393, 792; XLII, 390, 789.

Toxine. Rôle des — dans les phénomènes de l'organisme, XLII, 67; — et températures, XLII, 447; — et lésions cellulaires, XLII, 448; — des — et anti — XLI, 473; — du choléra et de la putréfaction, XLII, 457.

Trachée. Pression de l'air dans la — XLI, 427. — R. B., XLI, 393, 792; XLII, 390, 789,
Trachéite. Microbes de la — XLII, 453.
Trachéotomie. Tubage et — XLI, 720; XLII, 715.
Transfusion. Effets des — XLII, 109, 110; — pour hémorragies, XLI, 597; — salines dans le choléra, XLI, 106, 109, 110; — salines dans l'anémie aiguë, XLI, 118; — après la destruction des capsules surrénales, XLII, 446; — nerveuse, XLII, 254. — R. B., XLI, 393, 792; XLII, 390, 789.
Traumatisme. — comme origine des maladies mentales, XLI, 235. — R. B., XLI, 793.
Tremblement. — essentiel héréditaire, XLII, 253. — R. B., XLI, 393, 793; XLII, 390, 789.
Trépanation. — pour méningite, XLII, 593; — pour hémorragie intra-cranienne, XLII, 656; — pour hémorragie de la méningée moyenne, XLI, 261; — pour porencéphalie, XLII, 207; — pour abcès cérébral, XLII, 206; — dans l'épilepsie, XLI, 246, 248; XLII, 262, 598; — pour hydrocéphalie, XLII, 261; — dans la paralysie générale, XLI, 244. — R. B., XLI, 393, 793; XLII, 390.
Trichine. Modifications des — XLI, 463; — de la langue, XLI, 226. — R. B., XLII, 390, 789,
Tricophytie. De la — XLII, 618, 619; — tonsurante, XLI, 619; espèces de — XLI, 619; — humaine, XLII, 229. — *Voy*. Teigne.
Trional. Action du — XLII, 99; — comme hypnotique, XLI, 541.
Tubage. Statistique de — XLII, 330; — et trachéotomie, XLI, 720; XLII, 715.
Tuberculine. *Voy*. Tuberculose.
Tuberculose, ine. Recherche des bacilles — XLII, 75; — provoquée par les bacilles morts, XLI, 486; virulence des bacilles morts, XLII, 159; action réciproque des produits du bacille — et des autres microbes, XLI, 486; action du bacille — et de la tuberculine sur les éléments du sang, XLII, 74; bacilles — dans les ganglions de sujets non — XLII, 76; produits toxiques du bacille — XLI, 489; résistance du bacille — XLI, 75; recherche des bacilles — dans les crachats, XLI, 75; influence des bacilles — sur l'organisme, XLI, 75; méthode de culture du bacille — XLI, 489; inoculation de la — dans les centres nerveux, XLII, 454; — chez les lombrics, XLII, 161; — aviaire, XLII, 453; — aviaire et — humaine, XLI, 75; — expérimentale, XLII, 73; — pseudo favique, XLI, 228; — à forme de pommelière, XLI, 59; examen du pus d'une caverne — XLI, 76; destruction des bacilles — dans les crachats, XLII, 139; propagation de la — en chemin de fer, XLI, 553; transmission de la — par alimentation, hérédité, XLII, 159; transmission de la — par les matières fécales, XLII, 455; viandes — XLI, effets de l'alimentation par les viandes d'animaux — XLII, 455; — inoculée par morsure, XLII, 160; mortalité par — XLII, 515; influence du streptocoque sur les lésions — XLII, 454; urine des — XLI, 42; étude de 1,000 cas de — pulmonaire, XLI, 571; — de l'enfance, XLI, 200; phtisie des faïenciers, XLII, 138; — aiguë, XLII, 158; — et septicémie, XLII, 453; guérison de la — XLI, 59; prophylaxie de la — XLII, 137; hospitalisation des — XLII, 515; vaccination — XLII, 159; le sérum de chien dans le traitement de la — XLI, 487; iodoforme et sérum sanguin dans la — XLI, 115; traitement de la — XLI, 527; XLII, 500; injections de gaïacol dans la — XLI, 528; injections de chlorure de zinc dans la — XLI, 529; traitement par la créosote, XLII, 111; injections d'huile camphrée, XLII, 112; injections de baume du Pérou dans la — XLI, 116; acide cinnamique dans la — XLII, 499; ozone dans la — XLII, 499; effets de la tuberculine, XLI, 75, 76, 78; XLII, 672; valeur diagnostique de la tuberculine, XLII, 76; étude et composition de la tuberculine et de la tuberculocidine, XLI, 488; la tuberculine dans la lèpre, XLI, 615; traitement des — locales, XLI, 686; teucrine dans les — locales, XLII, 511, 512; — de l'œil, XLI, 701; iritis — XLII, 697; — et lésions du cœur, XLII, 161; — du myocarde, XLI, 53, — buccale avec envahissement du nez, XLII, 709; — nasale, XLII, 709, 712; — laryngée, XLI, 712, 713; forme de broncho-pneumonie produite par l'aspiration de cavernes — XLII, 551; des hémoptysies dans la — XLII, 550; — de l'œsophage, XLII, 437; — de l'estomac, XLI, 572; lésions du foie dans la — XLII, 160; le foie des — XLI, 66; — du pancréas, XLII, 62; — rénale, XLI, 663; albuminurie dans la — XLI, 451; — vésicale, XLI, 288; — du placenta, XLII, 579, — de la peau, XLI, 610, 612; XLII; 227; — sous-cutanés douloureux, XLI, 612; les — de l'épaule, XLII, 289; traitement des — du pied, XLII, 287; traitement des ostéites et arthrites — XLI, 672, 673; traitement de la péritonite — XLI, 660; XLII, 680; laparotomie pour péritonite — XLI, 281; résultats éloignés de la laparotomie dans la péritonite — XLII, 271; résection d'intestin — XLI, 274; injections de chlorure de zinc dans la — génitale, XLII, 284. — R. B., XLI, 393, 793; XLII, 390, 789.
Tumeur. R. B., XLI, 394, 794; XLII, 392, 790.
Typhlite. — tuberculeuse, XLI, 647; — actinomycosique, XLI, 650; péri — suivie de pleurésie purulente, XLII, 603; — et appendicites, XLI, 647, 648; XLII, 674; traitement de la péri — et appendicite, XLI, 276, 647, 648, 651; XLII, 275.
Typhoïde. Du bacille — XLI 497, 499; — expérimentale, XLI, 499; bacille — et bacilles y ressemblant, XLII. 92; de

l'immunité — XLI, 88 ; exaltation, immunisation de l'infection — XLI, 500 ; causes de la — XLII, 176 ; passage du bacille — de la mère à l'enfant, XLI, 484 ; symptômes complexes de la — XLII, 560 ; thrombose arterielle dans la — XLII, 215 ; accidents laryngés — XLI, 714 ; rougeole avec — XLII, 560 ; thyroïdite et ostéomyélite suite de — XLI, 166 ; traitement de la — XLI, 113, 534, 535 ; thalline dans la — XLI, 534 ; chloroforme et térébenthine dans la — XLI, 535 ; bains froids dans la — XLI, 535 ; XLII, 502, 504 ; acide borique dans la — XLII, 502 ; antisepsie intestinale dans la — XLII, 502 ; putréfaction et désinfection intestinale dans la — XLI, 44 ; sublimé dans la — XLII, 116 ; alimentation dans la — XLII, 116. — R. B., XLI, 394, 794 ; XLII, 393, 790.

Typhus. Bacille du — XLI, 506 ; XLII, 464 ; efflorescences cutanées du — XLII, 560 ; bains froids dans le — XLII, 116. — R. B., XLI, 395 ; XLII, 791.

U

Ulcère. Ulcus rodens, XLI, 219 ; — buccal tabétique, XLII, 614 ; traitement des — variqueux, XLI, 301. — R. B., XLI, 795 ; XLII, 393, 794.

Urée. Sueurs d' — XLI, 584. — R. B., XLII, 794.

Urémie. — fébrile, XLII, 558 ; aphasie et paralysie dans le coma — XLII, 172 ; — cérébrale avec catalepsie, XLII, 173 ; hémiplégie — XLI, 576 ; injections de néphrine dans l' — XLI, 533. — R. B., XLI, 395, 795 ; XLII, 393, 794.

Uretère. — ite membraneuse, XLII, 686 ; fistule — cutanée, XLI, 665 ; implantation des — dans le rectum, XLI, 681. — *Voy.* Rein.

Urètre. Incontinence d'urine — XLII, 286 ; epispadias chez la femme, XLI, 287 ; traité des retrécissements de l' — XLII, 279, 283 ; réparation de l' — périnéal, XLII, 285 ; restauration de l' — chez la femme, XLII, 285 ; résection de l' — dans les rétrécissements traumatiques, XLI, 288 ; — orraphie circulaire, XLII, 687. — R. B., XLI, 395, 795 ; XLII. 393, 794.

Urètrectomie. De l' — XLII, 284.

Urétrite. Variétés d' — XLII, 283.

Urétrostomie. — périnéale, XLII, 687.

Urinaires (Voies). Traité des maladies des — XLII, 279 ; antisepsie dans les maladies — XLII, 279 ; lithiase — expérimentale, XLI, 485. — R. B., XLI, 395, 796 ; XLII, 374, 795.

Urine. Rôle des glomérules dans l'excrétion — XLI, 32 ; analyse des — XLI, 446, 447 ; examen de l' — avec l'appareil centrifuge, XLI, 42 ; bactériologie de l' — XLI, 74 ; — comme bouillon de culture, XLII, 446 ; poisons de l' — XLI, 447 ; toxicité des — XLII, 427 ; influence de la sécrétion — sur l'évolution des maladies infectieuses, XLII, 467 ; — des nouveau-nés, XLI, 449 ; — de l'inanition, XLII, 430 ; — des phtisiques, XLI, 42 ; — des hystériques, XLI, 450 ; inversion de la formule des phosphates de l' — dans l'épilepsie, XLI, 36 ; — dans la cirrhose hépatique, XLII, 38 ; toxicité de l' — des aliénés, XLI, 33, 449 ; — des cholériques, XLII, 428 ; sucre dans l' — dans l'état puerpéral, XLII, 38 ; sucre dans l' — des femmes enceintes et des nourrices, XLII, 428 ; toxicité de l' — dans les suppurations, XLI, 34 ; résistance électrique de l' — XLI, 36 ; étude des dépôts — XLII, 427 ; bacterium coli dans l' — XLII, 463 ; transformation de l'albumine des — en propeptones, XLI, 40 ; élimination de l'azote par l' — XLI, 37 ; dosage du sucre de l' — XLI, 36, 37 ; des pentaglycoses dans l' — XLI, 37 ; phosphates de l' — XLI, 36, 450 ; recherche de la matière colorante biliaire dans l' — XLII, 428 ; hématoporphyrine dans l' — XLI, 38, 39, 448 ; variations des éthers sulfuriques de l' — dans les diarrhées, XLI, 44 ; dosage de l'acide phosphorique, XLI, 42. — R. B., XLI, 396, 796 ; XLII, 394, 795,

Urique (acide) L'excrétion et le dosage de l'. — XLI, 34, 35, 451 ; l' — et la goutte, XLI, 35 ; diathèse — chez l'enfant, XLI, 206.

Uroroséine. De l' — XLII, 429.

Urticaire. — R. B., XLI, 396, 796 ; XLII, 395, 796.

Utérus. Du segment inférieur de l' — XLI, 591 ; des veines — XLII, 407 ; ablation d'un — et d'une trompe herniée chez un homme, XLI, 667 ; troubles physiologiques non-inflammatoires de l' — XLII, 567 ; atrophie — chez les jeunes femmes, XLI, 586 ; aliénation et lésions — XLII, 635, 636 ; des hémorragies — dans la grossesse et l'accouchement, XLI, 185 ; grossesse après l'hystéropexie, XLI, 182 ; contractions — pendant l'accouchement, XLII, 566 ; hystéropexie vaginale, XLII, 190 ; influence des déviations — en arrière sur la grossesse et l'accouchement, XLI, 184 ; traitement des flexions — XLI, 587 ; traitement de la rétroflexion, XLII, 567 ; du prolapsus — XLII, 567 ; traitement de la salpingite, XLI, 169 ; des suppurations pelviennes et de leur traitement, XLI, 169 ; XLII, 190 ; hystérectomie dans les suppurations pelviennes, XLI, 169 ; XLII, 190 ; du débridement vulvaire comme opération préliminaire, XLI, 178 ; altérations des myomes dans la grossesse, XLII, 193 ; coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes — XLII, 193 ; traitement des fibromes — dans la grossesse ou le travail, XLI, 177, 184 ; traitement des fibromes — XLI. 176 ; XLII, 194, 568, 569 ; hystérectomie pour fibromes — XLI, 175 ; XLII, 194 ; tumeurs pédiculées de l' — XLI, 179 ; corps étrangers de l' — XLII, 571 ; appareil

pour faciliter l'extirpation de l' — XLI, 174 ; traitement du pédicule dans l'hystérectomie, XLI, 174; indications de l'hystérectomie en dehors du cancer — XLI, 590 ; hystérectomie dans le cancer — XLI, 174; XLII, 568, 569, 570; ablation de l' — cancéreux pendant la grossesse, XLII, 570 ; ablation de l' — gravide, XLII, 576; résultats des opérations pour cancer et sarcome — XLI, 589 ; déchirures et ruptures de l' — XLI, 594 ; rupture — XLII, 203 ; rupture — pendant l'accouchement; XLII, 579. — R. B., XLI, 397, 796, XLII, 395, 796.
Uvée. Modifications de l' — dans la vieillesse, XLI, 698.

V

Vaccine. Institut — de Belgique, XLII, 123; rapports de la variole et de la — XLI, 481 ; de la — XLI, 552 ; de l'infection — XLII, 465 ; méthode pour trouver les bactéries de la — XLII 465 ; bactériologie du — XLII, 516 ; ulcérations après — dans une syphilis héréditaire, XLII, 234 ; atténuation des virus, XLI, 472 ; transmission héréditaire de l'immunité, XLI, 472 ; l'immunité dans les maladies infectieuses, XLI, 473 ; moyens de défense de l'organisme contre les microbes après — XLII, 67 ; — anticholérique, XLI, 502, 503, 504 ; XLII, 87, 456, 459 ; — antirabiques, XLII, 466. — R. B,, XLI, 398, 798 ; XLII, 398, 798.
Vagin. L'epithelium du — XLI, 12 ; bactériologie du — XLII, 218 ; des lésions du — XLI, 593, 594 ; arrachement du — pendant le travail, XLII, 576 ; kystes du — XLI, 179 ; sarcomes du — XLI, 178.— R. B., XLI, 398, 798 ; XLII, 399, 798.
Vaisseaux. Innervation des — XLI, 402 ; contractilité des — XLII, 10 ; — de la peau, XLII, 8. — R. B., XLII, 399.
Varice. Traitement des — et des ulcères — XLI, 301 ; ligature des veines dans les — XLI, 681. — R. B., XLI, 399, 798; XLII, 399, 799.
Varicelle. R. B., XLI, 399, XLII, 399.
Varicocèle. Du — pelvien, XLI, 586.
Variole. Théorie de la — XLI, 580 ; de l'infection — XLII, 465 ; bactériologie des abcès suite de — XLII, 465 ; rapports de la — et de la vaccine, XLI, 481 ; morbidité et mortalité par la — — XLI, 552 ; passage de la mère au fœtus du microbe — XLI, 485 ; transmission dans la — du streptocoque de la mère au fœtus, XLII, 466 ; troubles de la parole après la — XLI, 581 ; ostéomyélite — XLII, 60. — R. B., XLI, 399, 799 ; XLII, 399, 798.
Vasomoteur. Origines et centres trophiques des — XLI, 4.
Végétation. Etiologie des — XLII, 231.
Veines. Lacunes — de la dure mère, XLI, 2 ; des — utérines, XLII, 407 ; fistule de la — cave et de la — porte, XLII, 63 ; ligature de la — saphène dans les varices, XLI, 681. — R. B., XLI, 399, 799 ; XLII, 399, 799.
Vératrine. De la — XLI, 510.
Verrue. — planes juvéniles, XLII, 615.
Vertige. — laryngé, XLI, 717 ; — oculaire, XLII, 304; — des ataxiques, XLII, 538.
Vessie. Formations pseudo-glandulaires de la muqueuse de la — XLII, 408 ; des valvules du col — XLII, 282 ; formation de l'extrophie — XLI, 65 ; mort suite de ponction de la — XLII, 68 ; suture de la — chez l'enfant, XLI, 210 ; tumeurs — chez l'enfant, XLI, 210 ; calculs — chez l'enfant, XLI, 211 ; taille sus-pubienne, XLII, 687 ; taille dans la tuberculose — XLI, 288 ; hémorragies — après l'opération de la fistule — vaginale, XLI, 180 ; traitement des hémorragies — après la taille, XLI, 666 ; rupture de la — XLII, 282. — R. B., XLI, 399, 799 ; XLII, 399, 799.
Viande. Examen des — XLI, 549 ; XLII, 518 ; — tuberculeuses XLI, 549 ; glycogène de l'extrait de — XLII, 420 ; empoisonnement par la — XLII, 495.
Vibration. La médecine — XLI, 119.
Vibrion. Du — avicide, XLII, 95.— *Voy.* Bactérie.
Vieillard. Rate chez le — XLI, 8. — R. B., XLII, 400, 800.
Vin. Examen des — XLI, 548 ; falsification des — XLII, 135 ; déplâtrage des — XLII, 136. — R. B., XLI, 799 ; XLII, 400, 800.
Virus. R. B., XLI, 799.
Vision. Centres — XLI, 18 ; champ — dans l'hystérie, XLI, 135 ; — chez les dégénérés, XLII, 303 ; — des sourds-muets, XLII, 690.
Vitiligo. Pelade et — XLII, 230.
Vitré (corps). Filaments du — XLII, 703; suppuration du — XLI, 704 ; effets des injections de sang dans le — XLII, 319. — R. B., XLI, 799 ; XLII, 400, 800.
Vomissement. Inhibition du — XLI, 443 ; — incoercibles de la grossesse, XLI, 593. — R. B., XLI, 400, 799 ; XLII, 400, 800.
Vulve. Prurit — XLII, 189 ; molluscum de la — XLI, 179 ; du débridement — comme opération préliminaire, XLI, 178.

X

Xanthelasma. R. B., XLII, 400.
Xanthome. — multiple, XLII, 232. — R. B., XLI, 400, 800 ; XLII, 400, 800.

Z

Zona. R. B., XLI, 400, 800; XLII, 800.

Paris. Imp. PAUL DUPONT, (Cl.) 160.11.93.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

BRITI[illegible]EDICAL
Library
ASSOCIATION